



Panduan Manfaat Karyawan

Summit – Rencana Pelayanan Kesehatan Internasional untuk Indonesia
Berlaku sejak 1 Maret 2023

Selamat datang

Summit Rencana Pelayanan Kesehatan Internasional untuk Indonesia diberikan melalui kemitraan kami bersama Allianz Care. Anda dan keluarga Anda bisa mengandalkan kami untuk memberi Anda akses untuk mendapat layanan sebaik mungkin.

Panduan ini terdiri dari dua bagian: "Cara menggunakan santunan Anda" adalah ringkasan dari semua informasi penting yang Anda mungkin gunakan secara rutin. "Syarat dan ketentuan santunan Anda" menerangkan santunan Anda dengan lebih lengkap. Untuk membuat rencana pelayanan kesehatan internasional yang terbaik, silakan membaca panduan ini beserta Sertifikat Asuransi Anda dan Daftar Manfaat.

Cara menggunakan santunan Anda

Layanan dukungan	5
Memahami cara kerja santunan Anda	16
Mencari perawatan?	20
Informasi tambahan tentang mengeklaim biaya Anda	25

Syarat dan ketentuan santunan anda

Administrasi polis Anda	30
Pembayaran premi	35
Ketentuan berikut juga berlaku untuk polis Anda	37
Perlindungan data	40
Prosedur pengaduan	41
Definisi	42
Pengecualian	56

Polis dikeluarkan dan dijamin oleh PT Asuransi Central Asia. Alamat terdaftar: Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

Produk asuransi ini milik PT Asuransi Central Asia. PT Asuransi Central Asia bertanggung jawab atas penerbitan polis dan berhak untuk menolak klaim yang tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam polis.

Cara menggunakan santunan Anda



Layanan dukungan

Kami yakin bisa memberikan Anda layanan berkualitas tinggi yang layak Anda dapatkan. Pada halaman berikutnya kami menggambarkan semua layanan yang kami tawarkan. Baca terus untuk mengetahui apa yang tersedia untuk Anda, mulai dari Layanan Digital MyHealth hingga Employee Assistance Programme (Program Bantuan Karyawan).

Hubungi kami, kami dengan senang hati membantu!

Helpline multilingual kami tersedia 24 jam sehari, 7 hari seminggu, untuk menjawab pertanyaan tentang polis Anda atau jika Anda memerlukan bantuan dalam keadaan darurat.

Helpline

 Telepon: +60 3 92127820

Untuk daftar terbaru nomor bebas biaya, silakan kunjungi:
www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html

 Email: asia.helpline@allianz.com

Tahukah Anda...

...bahwa sebagian besar anggota kami merasa pertanyaan mereka ditangani dengan lebih cepat saat mereka menghubungi kami?

Layanan Digital MyHealth

Dengan MyHealth, yang tersedia di aplikasi ponsel dan portal online, Anda mempunyai akses yang mudah dan nyaman tentang santunan Anda, tidak peduli di mana Anda berada atau perangkat apa yang Anda gunakan.

Fitur aplikasi dan fitur portal online MyHealth



POLIS SAYA

Mengakses dokumen polis Anda dan kartu keanggotaan yang aktif.



KLAIM SAYA

Mengajukan klaim Anda dengan 3 langkah mudah dan menampilkan riwayat klaim Anda.



KONTAK SAYA

Hubungi Helpline multilingual kami 24/7. Live chat juga tersedia (hanya dalam Bahasa Inggris dan portal online).



PEMERIKSAAN GEJALA

Dapatkan penilaian gejala Anda dengan cepat dan mudah.



PENCARI PENYEDIA

Temukan penyedia medis terdekat.



BANTUAN FARMASI

Mencari nama lokal merek obat yang sama.



PENERJEMAH ISTILAH MEDIS

Menerjemahkan nama penyakit umum dalam 17 bahasa.



KONTAK DARURAT

Akses nomor darurat lokal di seluruh dunia.

Fitur-fitur bermanfaat tambahan

- Perbarui data Anda secara online: email, nomor telepon, kata sandi, alamat (jika negara sama dengan alamat sebelumnya), preferensi pemasaran, dll.
- Menampilkan sisa tiap manfaat yang ada di Daftar Manfaat Anda
- Membayar premi secara online dan menampilkan pembayaran yang diterima
- Menambah atau mengubah informasi kartu kredit Anda (Jika Anda harus membayar premi Anda sendiri, pengganti perusahaan Anda)

Semua data pribadi di Layanan Digital MyHealth dienkripsi untuk perlindungan data.

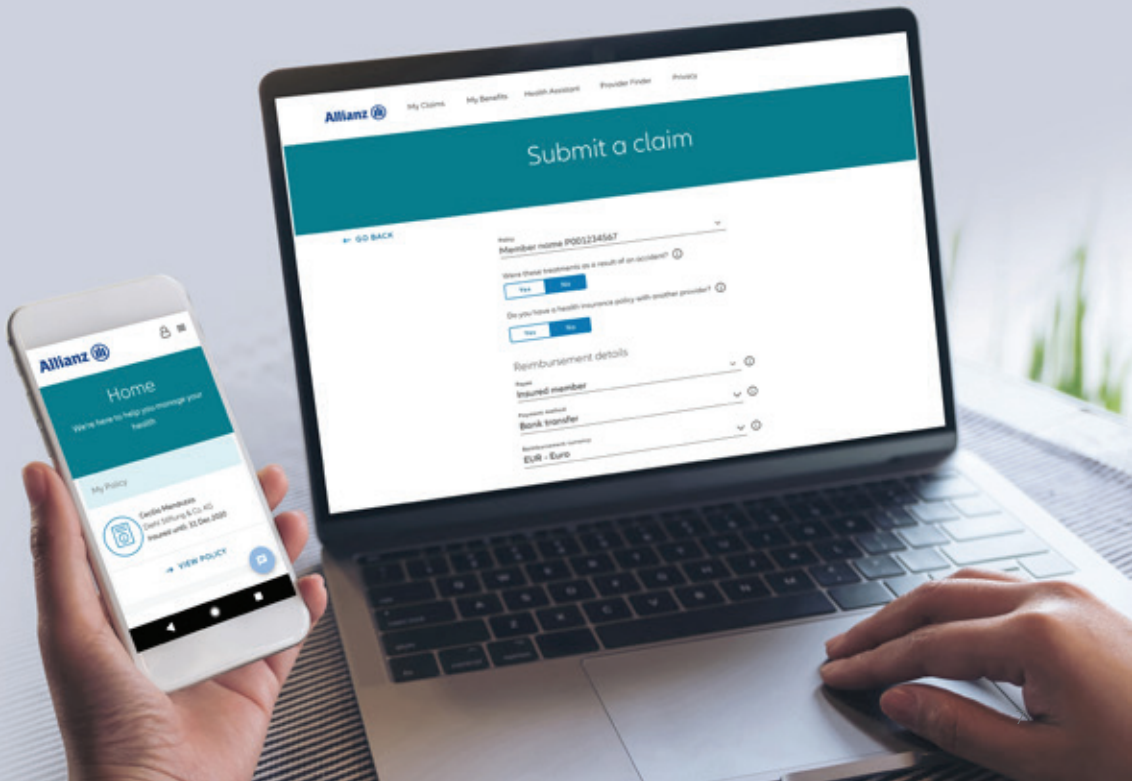
Mulai:

1. Login ke portal online MyHealth untuk mendaftar. Masuk ke <https://my.allianzcare.com/myhealth>, klik "DAFTAR DI SINI" di dekat bagian bawah halaman dan ikuti petunjuk di layar. Siapkan nomor polis Anda, yang Anda bisa temukan di Sertifikat Asuransi Anda.
2. Atau, Anda bisa mendaftar melalui Aplikasi MyHealth kami. Untuk mengunduhnya, cari "Allianz MyHealth" di layanan Apple App Store atau Android's Google.



3. Setelah setup, Anda bisa menggunakan email (nama pengguna) dan kata sandi yang Anda berikan selama registrasi untuk login ke portal online atau aplikasi MyHealth. Perincian login yang sama digunakan untuk keduanya dan, jika Anda mengubah perincian login untuk salah satu, maka akan secara otomatis berlaku untuk yang lain. Anda tidak perlu mengubahnya di dua tempat. Kami juga menawarkan pilihan login biometrik untuk aplikasi, misalnya Touch ID atau Face ID, yang didukung oleh perangkat Anda.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan mengunjungi www.allianzcare.com/en/myhealth.html



Layanan berbasis web

Di www.allianzcare.com/members Anda bisa:

- Mencari penyedia medis (Anda tidak dibatasi untuk menggunakan penyedia yang terdaftar di direktori kami)
- Mengunduh formulir
- Mengakses Panduan Kesehatan kami
- Mengakses hub "My expat life" kami – dari perencanaan untuk pindah, menetap di negara baru, Anda akan menemukan semua yang Anda harus tahu tentang pindah ke luar negeri

Second Medical Opinion (Opini Medis Kedua) **

Sebagai mitra kesehatan Anda, kami ingin memberi Anda jaminan. Pernahkah Anda didiagnosis penyakit parah atau menjalani operasi yang direkomendasi? Apakah Anda ingin bantuan ahli untuk pilihan perawatan terbaik yang tersedia dan di mana mendapatkan perawatan yang paling sesuai? Sebagai bagian dari santunan Anda, Anda mempunyai akses layanan Second Medical Opinion kami.

Ketika Anda mengakses layanan ini, kami menyediakan untuk Anda case manager khusus, yaitu profesional layanan kesehatan dari Tim Medis kami sendiri untuk mengarahkan dan membantu Anda. Case manager akan meminta Anda memberikan semua informasi yang diperlukan tentang masalah medis Anda: kemudian dia akan membantu Anda menemukan rumah sakit, dokter atau spesialis untuk Second Medical Opinion dan memberikan pendapat kepada Anda.

Untuk mengakses layanan kami, silakan menghubungi kami:

 **+ 353 1 630 1301**

 **medical.smo@allianz.com**

...dan menanyakan layanan Second Medical Opinion. Anda harus menyebutkan nomor polis Anda untuk identifikasi.



Olive - Program dukungan Allianz Care's Health & Wellness

Langkah pertama Anda menuju hidup yang lebih sehat

Di dunia yang kian sibuk dan terus berubah ini, kami mengakui pentingnya untuk tetap sehat dan kami sangat yakin bahwa mencegah lebih baik daripada mengobati. Olive**, mesin layanan proaktif kami, dibuat untuk memberi motivasi dan mengarahkan Anda menuju hidup yang lebih sehat. Mesin ini mencakup hub Health and Wellness dan aplikasi HealthSteps kami.

1. Hub Health and Wellness

Hub Health & Wellness kami, bisa diakses melalui Layanan Digital MyHealth (aplikasi ponsel dan portal), menawarkan berbagai layanan yang disatukan dalam satu wadah yang mudah untuk mendukung perjalanan Anda menuju hidup yang panjang, bahagia dan sehat.

Di Hub ini Anda bisa mengakses:

- Tips dan artikel tentang topik-topik seperti tidur, kebugaran, nutrisi dan kesejahteraan emosional.
- Penilaian kesehatan online**.
- Kalkulator IMT kami.
- Webinar health dan wellness langsung kami setiap bulan, dengan sesi Tanya Jawab, yang disampaikan oleh spesialis.



2. Aplikasi HealthSteps**

Tahukah Anda bahwa dengan menjaga gaya hidup sehat, Anda bisa mengurangi risiko mengalami kondisi medis? Aplikasi Allianz HealthSteps dibuat untuk memberi panduan pribadi dan membantu Anda mencapai tujuan kesehatan dan kebugaran Anda. Dengan terhubung ke ponsel cerdas, perangkat yang bisa dipakai dan aplikasi lain, HealthSteps memonitor jumlah langkah yang diambil, kalori yang dibakar, jadwal tidur dan banyak lagi.

Fitur HealthSteps:



Rencana

Memilih tujuan sehat dan menggunakan rencana tindakan untuk menerapkan dan menjaga kebiasaan kesehatan yang baik:

- Menurunkan berat badan
- Memperbaiki bentuk tubuh
- Tidur yang lebih baik
- Makan yang sehat
- Bergerak dan berenergi
- Tetap sehat
- Mengurangi stres
- Menurunkan tekanan darah



Tantangan

Ikuti tantangan setiap bulan dan dapatkan motivasi dari pengguna HealthSteps lain dengan membagikan kinerja Anda dan saling berkompetisi satu sama lain dalam tantangan grup. Tantangan-tantangan ini berdasarkan langkah, kalori dan jarak.



Kemajuan

Terhubung dengan pelacak kesehatan dan kegiatan yang populer dan memonitor kemajuan tujuan yang Anda buat untuk diri Anda.



Pustaka

Mengakses artikel dan dapatkan tips dan saran tentang cara hidup dan menjaga hidup sehat.

Unduh aplikasi "Allianz HealthSteps" dari App Store atau Google Play.



Layanan konsultasi Video via Telehealth Hub**

Jika rencana Anda mencakup manfaat 'layanan konsultasi Video', Anda mempunyai akses langsung untuk janji temu dokter online jika penyedia tersedia di lokasi wilayah Anda.

Dengan Telehealth Hub, Anda bisa menghemat waktu dengan menemui dokter melalui video dari kenyamanan rumah atau kantor Anda sendiri. Memberikan layanan yang aman dan konfidensial, jaringan dokter telehealth kami bisa memberi saran medis, merekomendasikan perawatan dan memberi resep untuk masalah nondarurat.

Layanan ini dapat diakses melalui portal MyHealth atau langsung melalui platform TeleHealth kami di:

 www.allianzcare.com/telehealthhub

Janji temu bisa dibuat untuk berbicara dengan dokter dalam Bahasa Inggris, sesuai dengan ketersediaan. Beberapa penyedia pihak ketiga mungkin menawarkan layanan dalam bahasa lain.

Layanan telekonsultasi juga bisa memberikan resep, tergantung pada lokasi wilayah Anda, peraturan negara setempat dan pertanggungjanaan rencana asuransi.

Di Negara di mana layanan telekonsultasi belum tersedia, Anda bisa menghubungi helpline saran medis kami 24/7 – layanan ini tersedia dalam Bahasa Inggris, Jerman, Prancis dan Italia. Tersedia nomor telepon TeleHealth Hub.



Employee Assistance Programme (EAP)**

Ketika situasi yang menantang terjadi dalam kehidupan atau pekerjaan, Employee Assistance Programme kami memberi Anda dan tanggungan Anda dukungan langsung dan konfidensial. EAP, jika tersedia, dicantumkan dalam Daftar Manfaat Anda.

Layanan profesional ini tersedia 24/7 dan memberikan dukungan multilingual untuk berbagai tantangan, termasuk:

- Keseimbangan Pekerjaan/Kehidupan
- Keluarga/Pola Asuh Anak
- Hubungan
- Stres, depresi, rasa cemas
- Tantangan di tempat kerja
- Transisi lintas budaya
- Gegar budaya
- Menghadapi isolasi dan kesendirian
- Masalah kecanduan

Layanan dukungan meliputi:



KONSELING PROFESIONAL YANG KONFIDENSIAL

Dapatkan dukungan 24/7 dari penasihat klinis melalui obrolan online langsung, tatap muka, telepon, video atau email.



DUKUNGAN INSIDEN KRITIS

Dapatkan dukungan insiden kritis langsung selama mengalami trauma atau krisis. Pendekatan kami yang komprehensif memberikan stabilisasi dan mengurangi stres terkait kejadian trauma atau kekerasan.



LAYANAN RUJUKAN HUKUM DAN KEUANGAN

Apakah itu bantuan membeli rumah, menangani sengketa hukum atau membuat rencana keuangan yang komprehensif, kami akan menghubungkan Anda pada penasihat pihak ketiga yang bisa menjawab pertanyaan Anda dan mencapai tujuan Anda.



AKSES SITUS WEB DAN APLIKASI WELLNESS

Dapatkan dukungan online, alat dan artikel untuk bantuan dan saran kesehatan dan kesejahteraan.

Biarkan kami membantu:

 +1 905 886 3605

Ini bukan nomor telepon gratis. Jika Anda memerlukan nomor lokal, silakan mengakses situs web wellness dan Anda akan menemukan semua daftar 'Nomor Internasional' kami.

Panggilan Anda dijawab oleh agen berbahasa Inggris, tetapi Anda bisa minta untuk berbicara dengan agen yang berbahasa lain. Jika tidak ada agen yang tersedia dalam bahasa yang Anda inginkan, kami akan mengusahakan layanan interpreter.

 <https://www.allianzcare.com/eap-login> (tersedia dalam Bahasa Inggris, Prancis dan Spanyol)

 Unduh aplikasi Lifeworks di Google Play atau Apple Store



Login ke situs web atau aplikasi menggunakan informasi berikut:

Nama pengguna: AllianzCare

Kata sandi: Expatriate

Travel Security Services**

Ketika dunia terus mengalami peningkatan ancaman keamanan, Travel Security Services (Layanan Keamanan Perjalanan) memberikan akses 24/7 untuk informasi keamanan pribadi dan saran untuk pertanyaan keamanan perjalanan melalui telepon, email atau situs web. Daftar Manfaat Anda menunjukkan apakah rencana Anda mencakup layanan-layanan ini.

Anda bisa mengakses:



HOTLINE BANTUAN KEAMANAN DARURAT

Berbicara dengan spesialis keamanan untuk masalah keamanan terkait destinasi perjalanan.



SARAN INTELIJEN DAN KEAMANAN NEGARA

Informasi dan saran keamanan tentang banyak negara.




PEMBARUAN BERITA KEAMANAN HARIAN DAN EMAIL PERINGATAN KEAMANAN PERJALANAN

Daftar dan dapatkan peringatan tentang kejadian berisiko tinggi di atau di dekat lokasi Anda sekarang, termasuk terorisme, ketegangan masyarakat dan risiko cuaca ekstrem.

Untuk mengakses situs web desktop Crisis24 Horizon, masuk ke <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, tambahkan alamat email Anda dan pilih Create Account (Buat Akun). Masukkan informasi Anda dan tambahkan ID Anggota ALLIANZTSS**

Untuk mengakses aplikasi ponsel Crisis24 Horizon, unduh versi Android atau iOS di perangkat ponsel Anda (Anda juga bisa mencari Crisis24 Horizon di salah satu store), kemudian **sign in** menggunakan email yang sama (nama pengguna) dan kata sandi yang Anda buat di atas. Anda juga bisa langsung mendaftar di aplikasi ponsel menggunakan ID Anggota.

 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

 Unduh aplikasi Crisis24 Horizon dari App store atau Google Play.



Semua Layanan Travel Security tersedia dalam bahasa Inggris. Kami bisa mengusahakan agar Anda bisa menggunakan interpreter jika diperlukan.

***Layanan tertentu yang bisa termasuk dalam rencana Anda disediakan oleh penyedia pihak ketiga, seperti layanan Employee Assistance Programme, layanan Travel Security, aplikasi HealthSteps, layanan Second Medical Opinion dan telemedisin. Jika termasuk dalam rencana Anda, layanan-layanan ini akan tercantum dalam Daftar Manfaat Anda. Layanan-Layanan ini tersedia untuk Anda sesuai dengan persetujuan Anda atas syarat dan ketentuan polis Anda dan syarat dan ketentuan pihak ketiga. Layanan-layanan ini disesuaikan dengan pembatasan wilayah. Aplikasi HealthSteps tidak memberikan saran medis atau kesehatan dan sumber daya wellness yang terdapat dalam Olive hanya untuk tujuan informasi. Aplikasi HealthSteps dan sumber daya wellness yang terdapat dalam Olive bukan sebagai pengganti saran profesional (medis, fisik atau psikologi). Dan juga bukan pengganti diagnosis, perawatan, penilaian atau pelayanan yang Anda perlukan dari dokter Anda. Anda memahami dan menyetujui bahwa penanggung, perusahaan reasuransi dan administrator tidak bertanggung jawab atas atau menanggung klaim, kehilangan atau kerusakan, secara langsung atau tidak langsung karena penggunaan Anda atas layanan pihak ketiga.*



Memahami cara kerja santunan Anda

Untuk apa saya dilindungi?

Anda dan tanggungan Anda dilindungi dengan perawatan yang diperlukan secara medis dan biaya terkait, layanan dan/atau persediaan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat. Hal ini berdasarkan pada:

- Definisi dan pengecualian polis (tersedia dalam panduan ini)
- Untuk polis dengan full medical underwriting: Kondisi khusus yang tercantum pada Sertifikat Asuransi (dan pada Formulir Kondisi Khusus yang dikeluarkan sebelum polis berlaku, jika sesuai)
- Biaya wajar yang biasa - biaya ini wajar di negara tempat perawatan. Kami hanya akan mengganti penyedia medis dengan biaya yang sesuai dengan standar dan prosedur medis yang umum diterima. Jika kami menganggap klaim tidak sesuai, kami berhak untuk menolak atau mengurangi jumlah yang kami bayarkan.

Kami biasanya menanggung kondisi yang sudah ada sebelumnya (termasuk kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya) kecuali kami menerangkan sebaliknya dalam dokumen polis Anda. Jika ada keraguan, silakan memeriksa Daftar Manfaat Anda untuk memastikan apakah kondisi yang sudah ada sebelumnya ditanggung.

Jika Anda tidak yakin apakah perawatan medis yang Anda rencanakan ditanggung dalam rencana Anda, silakan menghubungi Helpline kami.

Di mana saya bisa mendapat perawatan?

Anda bisa mendapat perawatan di negara dalam area cakupan Anda, sebagaimana tercantum dalam Sertifikat Asuransi Anda.

Jika perawatan yang Anda perlukan tersedia di tempat itu tetapi Anda memilih untuk pindah ke negara lain dalam area cakupan Anda, kami akan mengganti semua biaya medis yang diperbolehkan sesuai dalam ketentuan polis Anda; kecuali biaya perjalanan Anda.

Jika perawatan yang diperbolehkan tidak tersedia di tempat ini, dan santunan Anda mencakup manfaat 'Medical evacuation' (Evakuasi medis) yang sesuai, kami juga akan menanggung biaya perjalanan ke fasilitas medis terdekat yang sesuai. Untuk mengeklaim biaya medis dan perjalanan yang timbul dalam

keadaan ini, Anda harus mengisi dan mengirim Treatment Guarantee Form (Formulir Jaminan Perawatan) sebelum melakukan perjalanan. Biaya yang diperbolehkan yang timbul di negara asal Anda ditanggung, asalkan negara asal Anda termasuk dalam area cakupan.

Apa saja batasan manfaat?

Santunan Anda disesuaikan dengan manfaat rencana maksimum. Kami akan membayar jumlah maksimum untuk semua manfaat yang termasuk dalam rencana per anggota, per Tahun Asuransi.

Jika rencana Anda memiliki manfaat rencana maksimum, ini akan berlaku jika:

- Istilah "Pengembalian penuh" ditampilkan di samping manfaat
- Batasan manfaat khusus berlaku ini pada saat manfaat dibatasi dengan jumlah tertentu (mis \$10,000).

Batasan manfaat diberikan menurut "per Tahun Asuransi", menurut "per masa hidup" atau menurut "per kejadian" (seperti per perjalanan, per kunjungan atau per kehamilan).

Dalam beberapa situasi, selain batasan manfaat, kami hanya akan membayar persentase biaya untuk manfaat tertentu (mis. pengembalian sebesar 80%).

Batasan manfaat melahirkan

Manfaat "Melahirkan normal" dan "Komplikasi kehamilan dan persalinan" dibayarkan menurut "per kehamilan" atau "per Tahun Asuransi". Daftar Manfaat Anda akan menetapkan hal ini.

Jika manfaat melahirkan Anda dibayarkan berdasarkan "per kehamilan"

Ketika kehamilan mencapai dua Tahun Asuransi dan batasan manfaat berubah pada perpanjangan polis, berikut aturan yang berlaku:

- Di tahun pertama – batasan manfaat berlaku untuk semua biaya yang diperbolehkan.
- Di tahun kedua – batasan manfaat yang diperbarui berlaku untuk semua biaya yang diperbolehkan yang timbul di tahun kedua, semakin berkurang jumlah manfaat yang sudah diganti di tahun pertama.
- Jika batasan manfaat berkurang di tahun kedua dan kami telah membayarkan hingga atau melebihi jumlah biaya baru yang diperbolehkan yang timbul di tahun pertama, kami tidak akan membayar manfaat tambahan di tahun kedua.

Batasan untuk bayi lahir kembar, semua bayi yang dilahirkan dengan ibu pengganti, anak adopsi dan anak asuh

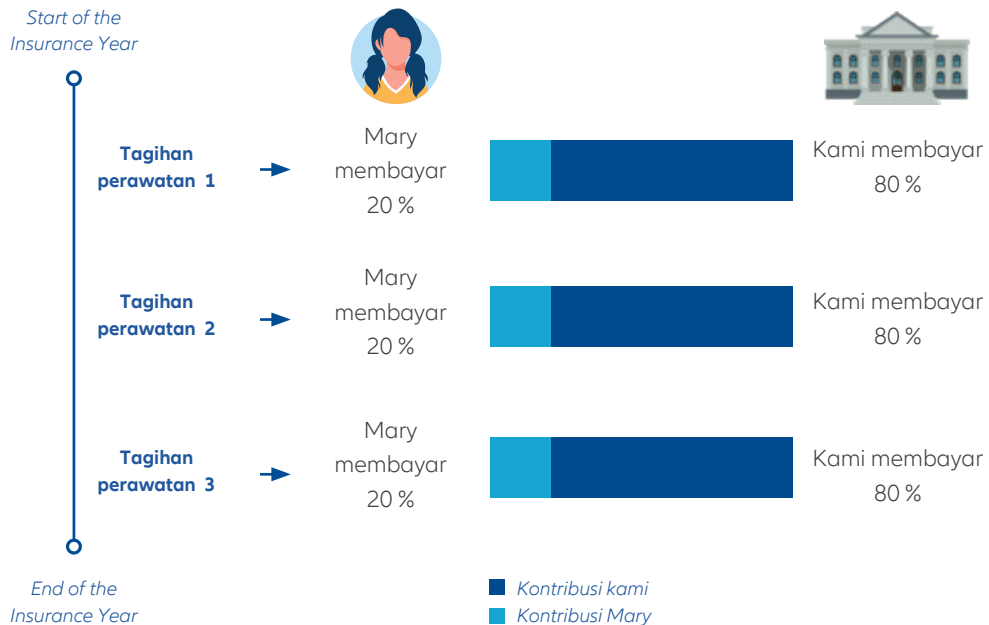
Ada batasan untuk pelayanan rawat inap yang dilakukan dalam tiga bulan pertama setelah kelahiran jika bayi:

- dilahirkan dengan ibu pengganti
- diadopsi
- diasuh
- adalah bayi lahir kembar karena reproduksi berbantuan medis.

Batasan ini sebesar \$40,500 per anak dan berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

Apa itu copay (pembayaran bersama)?

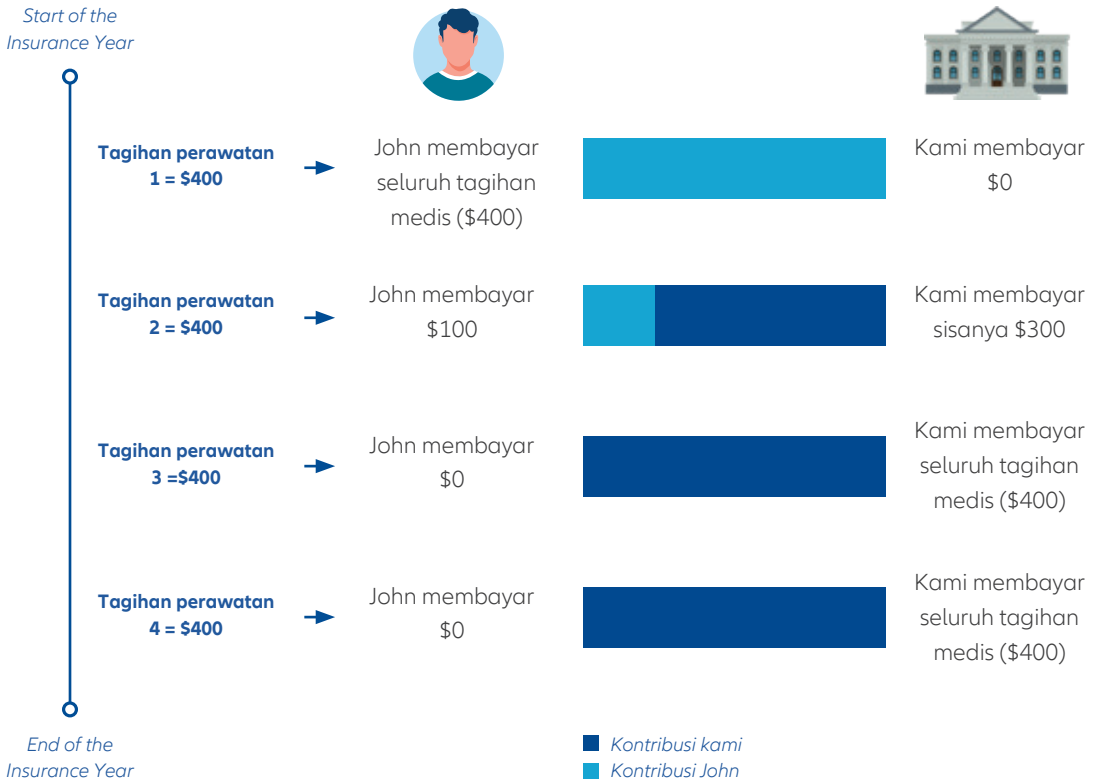
Copay adalah saat Anda membayar persentase biaya medis. Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan apakah ini berlaku untuk rencana Anda. Pada contoh berikut, Mary memerlukan perawatan gigi beberapa kali selama setahun. Manfaat perawatan giginya memiliki copay 20%, yang berarti bahwa kami akan membayar 80% dari tiap biaya perawatan yang diperbolehkan.



Seluruh jumlah yang dibayar oleh kami harus sesuai dengan batasan manfaat maksimum.

Apa itu deductible (risiko sendiri)?

Deductible (juga dikenal dalam asuransi kesehatan sebagai 'kelebihan') adalah jumlah tertentu yang Anda harus bayar untuk tagihan medis per masa pertanggungjanaan sebelum kami mulai membayarkan. Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan apakah ini berlaku untuk rencana Anda. Pada contoh berikut, John harus menjalani perawatan medis selama setahun. Rencananya sebesar \$500 deductible.



Mencari perawatan?

Kami memahami bahwa mencari perawatan itu membuat stres. Ikuti langkah berikut sehingga kami bisa mengatur perinciannya – sementara Anda fokus pada kesembuhan Anda.

Periksa tingkat pertanggungans Anda

Pertama, periksa bahwa rencana Anda menjamin perawatan yang Anda cari. Daftar Manfaat Anda akan memastikan apa yang ditanggung. Namun, Anda bisa menghubungi Helpline kami jika Anda mempunyai pertanyaan.

Beberapa perawatan memerlukan persetujuan kami sebelumnya

Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan perawatan mana yang memerlukan persetujuan kami sebelumnya (melalui Treatment Guarantee Form/Formulir Jaminan Perawatan). Biasanya sebagian besar pelayanan rawat inap dan perawatan biaya tinggi. Proses persetujuan sebelumnya membantu kami menilai setiap masalah, mengatur semuanya dengan rumah sakit sebelum kedatangan Anda dan memudahkan pembayaran langsung tagihan rumah sakit, jika memungkinkan.

Kecuali kami dan perusahaan Anda setuju sebaliknya, jika Anda membuat klaim tanpa persetujuan kami sebelumnya, berikut yang akan berlaku:

- Jika perawatan yang didapatkan kemudian terbukti tidak diperlukan secara medis, **kami berhak untuk menolak klaim Anda.**
- Jika perawatan tersebut kemudian terbukti diperlukan secara medis, kami akan membayar **80%** untuk manfaat rawat inap dan **50%** untuk manfaat lain.

Mendapatkan pelayanan rawat inap (persetujuan sebelumnya berlaku)



Unduh Formulir Jaminan Perawatan dari situs web kami:
www.allianzcare.com/members



Isi formulir dan kirim ke kami minimal **lima hari kerja sebelum** perawatan. Anda bisa mengirim formulir melalui email, faks atau kirim ke alamat yang tercantum pada formulir.



Kami menghubungi rumah sakit untuk mengatur pembayaran tagihan Anda secara langsung, jika memungkinkan.

Jika ini kondisi darurat:

Dapatkan perawatan darurat yang Anda perlukan dan hubungi kami jika Anda membutuhkan saran atau dukungan.

Jika Anda dirawat, Anda, dokter Anda, salah satu tanggungan Anda atau rekan kerja Anda harus menghubungi Helpline kami (dalam 48 jam keadaan darurat) untuk memberi tahu kami perihal rawat inap tersebut. Kami akan mengisi informasi Formulir Jaminan Perawatan melalui telepon saat Anda menghubungi kami.

Kami juga bisa mengisi informasi Formulir Jaminan Perawatan melalui telepon jika perawatan dilakukan dalam 72 jam. Harap dicatat bahwa kami bisa menolak klaim Anda jika tidak ada persetujuan sebelumnya, saat diperlukan.



Mengeklaim biaya untuk rawat jalan, kesehatan gigi, dan biaya lain

Jika perawatan Anda tidak memerlukan persetujuan sebelumnya, Anda cukup membayar tagihan dan mengeklaim biaya tersebut dari kami. Dalam hal ini, ikuti langkah-langkah berikut:



Mendapat perawatan medis dan membayar penyedia medis



Menerima tagihan dari penyedia medis Anda. Tagihan ini harus menyertakan nama Anda, tanggal perawatan, diagnosis/kondisi medis yang Anda terima, tanggal permulaan gejala, sifat perawatan dan biaya yang dibebankan.



Klaim kembali biaya yang diperbolehkan melalui aplikasi atau portal online MyHealth (www.allianzcare.com/en/myhealth.html).

Cukup masukkan beberapa informasi utama, tambah tagihan Anda dan tekan 'kirim'.



Pemrosesan klaim yang cepat

Setelah kami mendapat semua informasi yang diperlukan, kami akan memproses dan membayarkan klaim dalam 48 jam. Namun, kami hanya bisa melakukan ini jika Anda sudah memberi tahu kami diagnosis Anda, jadi pastikan Anda memasukkan diagnosis dalam klaim Anda. Atau, kami akan meminta informasi lengkap dari Anda atau dokter Anda.

Kami akan mengirim email atau surat untuk memberi tahu Anda ketika klaim sudah diproses.

Evakuasi dan repatriasi

Untuk indikasi pertama bahwa Anda memerlukan evakuasi atau repatriasi, silakan menghubungi Helpline kami 24 jam dan kami akan menanganinya. Mengingat keadaan yang mendesak, kami menyarankan Anda untuk menelepon jika memungkinkan. Namun, Anda juga bisa menghubungi kami melalui email. Jika mengirim email, tuliskan 'Urgent – Evakuasi/Repatriasi' di baris subjek.

Hubungi kami sebelum berbicara dengan penyedia, meskipun mereka langsung berbicara dengan Anda, untuk menghindari biaya berlebih atau keterlambatan yang tidak perlu dalam evakuasi. Apabila layanan evakuasi/repatriasi tidak diatur oleh kami, kami berhak untuk menolak biaya tersebut.

 +60 3 92127820

 Asia.medical@allianz.com



Mencari perawatan di AS

Jika Anda memiliki santunan di seluruh dunia, kami menawarkan kepada Anda akses mudah untuk layanan medis di AS, melalui mitra pihak ketiga lokal kami, yang mendukung akses Anda ke penyedia medis di negara tersebut.

Untuk mengakses perawatan di AS, cukup menunjukkan kartu keanggotaan Anda: penyedia medis Anda kemudian akan menghubungi mitra pihak ketiga kami untuk menyortir dokumen terkait perawatan Anda. Kami akan membayarkan biaya perawatan Anda yang diperbolehkan langsung ke penyedia medis, jika berlaku; Jika Anda bertanggung jawab atas sebagian biaya, penyedia Anda akan memberi tahu Anda.

Untuk pertanyaan atau permintaan bantuan mengenai perawatan di AS, temukan semua informasi kontak di bagian belakang kartu keanggotaan Anda.

Untuk resep

Jika rencana Anda mencakup akses ke jaringan farmasi Caremark, Anda bisa mendapat obat dan produk farmasi tertentu di apotek AS tanpa uang tunai. Semua informasi yang Anda butuhkan untuk mengakses jaringan farmasi Caremark akan tercantum pada kartu keanggotaan Anda atau di kartu Caremark yang terpisah.

Tunjukkan kartu keanggotaan Anda (atau kartu Caremark yang terpisah) kepada farmasi jaringan Caremark. Apoteker akan memberi tahu Anda jika Anda harus membayar sebagian biaya, misalnya jika ada copay (pembayaran bersama). Pastikan bahwa resep mencantumkan tanggal lahir orang yang dibuatkan resep itu.

Informasi tambahan tentang mengeklaim biaya Anda

Klaim medis

Sebelum mengajukan klaim kepada kami, mohon perhatikan poin-poin berikut:

- **Batas waktu klaim:** Anda harus mengirim semua klaim (via aplikasi atau portal online MyHealth) tidak lebih dari enam bulan setelah tanggal akhir Tahun Asuransi. Jika santunan dibatalkan selama Tahun Asuransi, Anda harus mengajukan klaim Anda tidak lebih dari enam bulan setelah tanggal santunan Anda berakhir. Melewati periode ini, kami tidak berkewajiban untuk membayar klaim.
- **Pengajuan klaim:** Anda harus mengajukan klaim yang terpisah untuk tiap orang yang mengeklaim dan tiap kondisi medis yang diklaim.
- **Dokumen pendukung:** Ketika Anda mengirim kepada kami salinan dokumen pendukung (mis. tanda terima medis), pastikan Anda menyimpan aslinya. Kami berhak untuk meminta dokumen pendukung/tanda terima asli untuk tujuan audit hingga 12 bulan setelah membayar klaim Anda. Kami juga mungkin meminta bukti pembayaran dari Anda (mis. tagihan bank atau kartu kredit) untuk tagihan medis yang Anda bayarkan. Kami menganjurkan agar Anda menyimpan semua salinan korespondensi dengan kami sehingga kami tidak bertanggung jawab atas korespondensi yang tidak kami terima dengan alasan apa pun di luar kontrol kami.
- **Deductible:** Jika jumlah yang Anda klaim kurang dari angka yang harus dibayar dalam rencana Anda, Anda bisa:
 - Mengumpulkan semua tanda terima rawat jalan sampai angkanya melebihi angka yang harus dibayar.
 - Kirimkan kepada kami tiap klaim setiap kali Anda menjalani perawatan. Setelah Anda mencapai jumlah angka yang dibayarkan, kami akan mulai memberi penggantian kepada Anda.

Melampirkan semua tanda terima pendukung dan/atau tagihan beserta klaim Anda.

- **Mata uang:** Tentukan mata uang yang Anda ingin dibayarkan. Pada kesempatan tertentu, kami mungkin tidak bisa melakukan pembayaran dengan mata uang tersebut karena peraturan perbankan internasional. Jika hal ini terjadi, kami akan memberitahukan mata uang alternatif yang sesuai. Jika kami harus melakukan konversi dari satu mata uang ke mata uang lain, kami akan menggunakan nilai tukar yang berlaku pada tanggal tagihan itu dikeluarkan, atau pada tanggal kami membayar klaim Anda.

Harap dicatat bahwa kami berhak untuk memilih nilai tukar mata uang yang berlaku. Hubungi bank Anda untuk mengetahui apakah mereka akan membebani Anda untuk mengirim atau menerima uang, atau untuk menukar mata uang. Biaya bank atau fluktuasi nilai tukar tidak ditanggung oleh polis Anda.

- **Penggantian biaya:** Kami hanya akan memberi penggantian (dalam batasan polis Anda) biaya yang diperbolehkan setelah mempertimbangkan persyaratan persetujuan sebelumnya, deductible (yang harus dibayar) atau copay (pembayaran bersama) sebagaimana diuraikan dalam Daftar Manfaat.
- **Biaya wajar yang biasa:** Kami hanya akan memberi penggantian biaya yang sesuai dan biasa menurut standar dan biasanya umum diterima prosedur medis. Jika kami menganggap klaim tidak sesuai, kami berhak untuk menolak klaim Anda atau mengurangi jumlah yang kami bayarkan.
- **Deposit:** Jika Anda harus membayar deposit di awal perawatan medis Anda, kami akan memberi penggantian biaya ini hanya setelah menjalani perawatan.
- **Memberikan informasi:** Anda dan tanggungan Anda setuju untuk membantu kami mendapat semua informasi yang kami perlukan untuk memproses klaim. Kami berhak untuk mengakses semua rekaman medis dan melakukan diskusi langsung dengan penyedia medis atau dokter yang merawat. Kami dapat, dengan biaya kami sendiri, meminta pemeriksaan medis dari dokter kami jika kami anggap ini diperlukan. Semua informasi akan dijaga kerahasiaannya. Kami berhak untuk menghentikan manfaat jika Anda atau tanggungan Anda tidak membantu kami mendapatkan informasi yang kami perlukan.

Klaim untuk kematian karena kecelakaan

Jika manfaat "Accidental death" dimasukkan dalam rencana pelayanan kesehatan Anda, klaim harus diajukan kepada kami dalam 90 hari kerja setelah tanggal kematian dari tertanggung.

Kirim kepada kami:

- Formulir Permohonan Manfaat Perlindungan Jiwa dan Kematian Karena Kecelakaan yang sudah diisi semua.
- Akta kematian.
- Laporan medis yang menunjukkan penyebab kematian.
- Pernyataan tertulis yang menerangkan tanggal, lokasi dan kondisi kecelakaan.
- Dokumen resmi yang membuktikan status keluarga tertanggung (yaitu apakah mereka menikah atau mempunyai anak).
- Bagi penerima manfaat, bukti identitas serta bukti hubungannya dengan tertanggung.

Penerima manfaat adalah, kecuali sebaliknya ditentukan oleh tertanggung:

- Pasangan atau partner tertanggung, jika belum berpisah secara resmi.
- Jika tidak mempunyai pasangan, anak-anak yang ditinggalkan tertanggung termasuk anak tiri, anak adopsi atau anak asuh dan anak-anak yang dilahirkan kurang dari 300 hari setelah tanggal kematian tertanggung; memiliki bagian yang sama di antara mereka.
- Jika tidak mempunyai anak, orang tua tertanggung, mendapat bagian yang sama di antara mereka, atau yang masih hidup jika salah satu orang tua sudah meninggal.
- Tidak ada satu pun di atas, harta yang dimiliki tertanggung.

Jika Anda ingin menunjuk penerima manfaat selain yang tercantum di atas, silakan menghubungi Helpline kami.

Harap dicatat bahwa jika tertanggung dan salah satu atau semua penerima manfaat meninggal pada kecelakaan yang sama, tertanggung akan dianggap sebagai yang meninggal dunia terakhir.

Perawatan diperlukan karena kesalahan orang lain

Jika Anda mengklaim perawatan yang Anda perlukan karena kesalahan orang lain, Anda harus membuat surat dan memberi tahu kami sesegera mungkin. Misalnya, jika Anda memerlukan perawatan setelah kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan Anda sebagai korban. Lakukan tindakan wajar yang kami minta untuk mendapatkan informasi jaminan orang yang bersalah. Kami kemudian bisa mendapatkan lagi dari penanggung lain biaya perawatan yang dibayarkan oleh kami. Jika Anda bisa mendapatkan kembali secara langsung biaya perawatan yang kami bayarkan, Anda harus membayar kembali jumlah itu (dan bunga) kepada kami.

SYARAT DAN KETENTUAN SANTUNAN ANDA



Syarat dan ketentuan

Bagian ini menjelaskan manfaat dan aturan polis asuransi kesehatan Anda. Bacalah dengan Sertifikat Asuransi dan Daftar Manfaat Anda.

- **Sertifikat Asuransi** menguraikan rencana dan area wilayah cakupan yang perusahaan pilih untuk Anda dan tanggungan Anda (jika berlaku). Sertifikat ini juga mencantumkan tanggal berlaku dan tanggal perpanjangan santunan Anda. Untuk polis dengan full medical underwriting (penjaminan medis lengkap), dokumen ini akan menerangkan syarat khusus yang mungkin berlaku untuk santunan Anda. Harap dicatat bahwa kami akan mengirimkan Anda Sertifikat Asuransi yang baru jika kami perlu mencatat perubahan polis Anda. Perubahan-perubahan ini mungkin permintaan atau perubahan perusahaan Anda yang kami harus buat. Atau mungkin juga perubahan yang Anda minta (seperti menambah tanggungan) – dengan syarat perusahaan Anda setuju dan kami setuju.
- **Daftar Manfaat** menjelaskan rencana yang dipilih perusahaan Anda dan manfaat yang tersedia untuk Anda. Daftar manfaat ini juga menentukan manfaat/perawatan yang mengharuskan Anda mengajukan Formulir Jaminan Perawatan. Daftar ini memastikan manfaat dengan batasan manfaat khusus, masa tunggu, deductible dan/atau copay yang berlaku. Daftar Manfaat Anda akan dalam mata uang yang disetujui perusahaan Anda (atau dengan Anda, jika Anda membayar premi asuransi).

Untuk informasi lengkap kontrak asuransi perusahaan Anda, silakan menghubungi Group Scheme Manager perusahaan Anda. Harap dicatat bahwa syarat dan ketentuan santunan Anda mungkin berubah dari waktu ke waktu menurut perjanjian antara perusahaan Anda dan kami.

Administrasi polis Anda

Kapan santunan mulai berlaku untuk Anda dan tanggungan Anda

Asuransi Anda berlaku sejak tanggal dimulai seperti yang tercantum dalam Sertifikat Asuransi dan akan terus sampai tanggal perpanjangan grup (ini juga tercantum pada Sertifikat Asuransi). Biasanya, ini adalah satu Tahun Asuransi, kecuali kami dan perusahaan Anda menetapkan sebaliknya atau jika polis Anda dimulai pertengahan tahun. Pada akhir periode ini, perusahaan Anda akan memperpanjang asuransi menurut syarat dan ketentuan polis yang berlaku saat itu. Anda akan terikat dengan persyaratan itu.

Santunan untuk tanggungan (jika berlaku) akan mulai pada tanggal efektif yang tercantum pada Sertifikat Asuransi terbaru yang mencatat semua tanggungan Anda. Keanggotaan mereka bisa berlanjut selama Anda tetap menjadi bagian dari skema grup dan, untuk anak-anak, selama mereka masih di batas usia yang ditetapkan. Tanggungan anak bisa dijamin dalam polis Anda hingga hari sebelum tanggal ulang tahun ke-18 atau hingga hari sebelum tanggal ulang tahun ke-26 jika mereka berpendidikan penuh. Pada saat itu, mereka bisa mengajukan klaim dengan hak mereka sendiri di bawah salah satu Healthcare Plans for Individuals and Families (Pelayanan Kesehatan untuk Perorangan dan Keluarga).

Menambah tanggungan

Apakah Anda berencana menikah atau mempunyai bayi? Selamat!

Anda bisa mengajukan untuk memasukkan anggota keluarga Anda sebagai tanggungan jika Anda diizinkan di bawah perjanjian antara perusahaan Anda dan kami. Prosesnya berbeda tergantung pada jenis polis yang Anda miliki:

- Polis dengan full medical underwriting, atau
- Polis dengan moratorium, atau
- Polis Non-underwritten, atau
- Polis dengan CTT/CPME (sebelumnya FMU), atau
- Polis dengan CTT/CPME (sebelumnya MORI).

Sertifikat Asuransi Anda akan menunjukkan jenis polis mana yang Anda miliki; juga, Anda bisa menemukan definisi jenis polis di atas di bagian 'Definisi' dari panduan ini.

Untuk menambahkan tanggungan, cukup ikuti proses yang telah dijelaskan di bawah sesuai jenis polis Anda. Selain itu, jika tanggungan yang Anda ingin masukkan adalah bayi baru lahir, periksa paragraf tentang 'Batasan pelayanan rawat inap untuk tanggungan anak baru lahir' di bawah ini.

Polis dengan full medical underwriting DAN POLIS dengan CTT/CPME (sebelumnya FMU)

Anda bisa mengajukan untuk menambah anggota keluarga dalam polis Anda dengan mengisi formulir permohonan terkait. Tanggungan Anda yang baru akan disesuaikan dengan medical underwriting dan, jika disetujui, santunan akan dimulai dari tanggal diterima.

Namun, jika tanggungan yang Anda ingin tambahkan adalah bayi baru lahir, ikuti pedoman berikut.

Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?

Kirimkan email ke underwriting@allianzworldwidecare.com dalam empat minggu sejak kelahiran dan lampirkan akta kelahiran. Dengan pengecualian bayi lahir kembar, kami akan menerima bayi tersebut tanpa medical underwriting jika ibu yang melahirkan atau ibu pengganti (dalam hal surogasi) telah dijamin bersama kami selama minimal delapan bulan berturut-turut. Santunan akan dimulai saat kelahiran.

Apa yang terjadi jika saya tidak memberi pemberitahuan dalam empat minggu?

Bayi yang baru lahir akan ditanggung dan jika disetujui, santunan akan dimulai dari tanggal diterima.

Bagaimana jika saya ingin menambahkan bayi lahir kembar?

Bayi lahir kembar akan ditanggung dan jika disetujui, santunan akan dimulai dari tanggal diterima.

Polis dengan moratorium DAN polis dengan CTT/CPME (sebelumnya MORI)

Anda bisa mengajukan untuk menambah anggota keluarga dalam polis Anda dengan mengisi formulir permohonan terkait. Jika disetujui, moratorium baru akan berlaku untuk tanggungan itu dan santunan akan berlaku dari tanggal pemberitahuan Anda atau dari tanggal berikutnya yang Anda inginkan.

Namun, jika tanggungan yang Anda ingin tambahkan adalah bayi baru lahir, silakan ikuti pedoman berikut ini.

Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?

Kirim email ke underwriting@allianzworldwidecare.com dalam empat minggu sejak kelahiran dan lampirkan akta lahir. Kecuali bayi lahir kembar, kami akan menerima bayi tersebut tanpa moratorium jika ibu kandung atau ibu pengganti (dalam hal surogasi) telah ditanggung oleh kami minimal delapan bulan terus menerus. Santunan akan dimulai sejak kelahiran.

Apa yang terjadi jika saya tidak memberi tahu dalam empat minggu?

Anda dapat mengajukan untuk menambahkan bayi baru lahir dalam polis Anda dengan mengisi formulir permohonan terkait. Jika disetujui, moratorium baru akan berlaku untuk tanggungan itu dan santunan akan dimulai dari tanggal persetujuan kami menambakkannya.

Bagaimana jika saya menambahkan bayi lahir kembar?

Anda bisa mengajukan untuk menambahkan bayi lahir kembar dalam polis Anda dengan mengisi formulir permohonan terkait. Kami akan meninjau formulir permohonan tersebut dan, jika disetujui, kami akan memastikan tanggal persetujuan kami untuk menambahkan bayi baru lahir dan apakah moratorium baru akan berlaku untuk bayi tersebut.

Polis non-underwritten

Untuk menambah anggota keluarga sebagai tanggungan dalam polis Anda, cukup beri tahu perusahaan Anda dan mereka akan mengaturnya bersama kami.

Namun, jika tanggungan yang Anda ingin tambahkan adalah bayi baru lahir, ikuti pedoman berikut.

Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?

Anak bayi lahir (termasuk bayi lahir kembar, bayi yang dilahirkan oleh ibu pengganti, anak adopsi dan anak asuh) akan diterima untuk santunan dari lahir, asalkan kami diberi tahu dalam empat minggu sejak tanggal kelahiran. Untuk menambahkan bayi baru lahir ke polis Anda, Anda harus meminta perusahaan Anda untuk mengajukan permohonan secara tertulis, termasuk salinan akta kelahiran, ke narahubung untuk perubahan keanggotaan.

Apa yang terjadi jika saya tidak memberi tahu perusahaan saya dalam empat minggu?

Jika kami diberi tahu empat minggu atau lebih setelah tanggal lahir, anak-anak baru lahir akan diterima untuk santunan sejak tanggal notifikasi itu.

Batasan pelayanan rawat inap untuk tanggungan anak baru lahir

Ada batasan untuk pelayanan rawat inap yang dilakukan dalam tiga bulan pertama setelah lahir jika bayi tersebut:

- dilahirkan oleh ibu pengganti
- diadopsi
- diasuh
- adalah bayi lahir kembar karena reproduksi berbantuan medis.

Batasan ini sebesar \$40,500 per anak dan ini berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

Mengubah negara tempat tinggal

Penting bahwa Anda menghubungi Helpline kami dan memberi tahu Group Scheme Manager Anda untuk memberi tahu kami ketika Anda mengubah negara tempat tinggal. Hal ini mungkin memengaruhi santunan atau premi Anda, meskipun Anda pindah ke negara dalam area wilayah cakupan Anda, karena

rencana yang sudah ada mungkin tidak berlaku di sana. Santunan di beberapa negara sesuai dengan pembatasan asuransi kesehatan setempat, khususnya untuk penduduk negara itu. Anda harus memastikan bahwa santunan kesehatan Anda sesuai secara hukum. Jika Anda tidak yakin, silakan dapatkan saran hukum independen, karena kami tidak lagi bisa menanggung Anda. Santunan yang kami berikan bukanlah pengganti untuk asuransi kesehatan lokal yang diwajibkan.

Mengubah alamat surat-menyurat atau alamat email

Kami akan mengirim semua korespondensi Anda ke alamat yang kami simpan kecuali diminta sebaliknya. Anda harus memberi tahu kami secara tertulis sesegera mungkin perubahan di alamat rumah Anda, kantor atau alamat email.

Korespondensi

Ketika Anda menghubungi kami, gunakan email atau kirimkan melalui pos (dengan prangko lunas). Kami biasanya tidak mengembalikan dokumen asli Anda, tetapi jika Anda meminta, kami akan mengembalikannya.

Perpanjangan pertanggungan

Jika perusahaan Anda membayar premi Anda, perpanjangan santunan Anda (dan santunan tanggungan Anda, jika berlaku) menjadi keputusan perusahaan Anda.

Jika Anda membayar premi Anda dan perusahaan memperpanjang santunan Anda (dan santunan tanggungan Anda, jika berlaku), polis Anda akan secara otomatis diperpanjang untuk Tahun asuransi berikutnya, apabila:

- Kami bisa terus menyediakan santunan di negara tempat tinggal Anda
- Semua premi ke kami telah dibayarkan
- Perincian pembayaran Anda masih berlaku untuk tanggal perpanjangan polis. Beri tahu kami jika kartu kredit Anda baru/diganti atau jika informasi rekening bank Anda telah berubah.

Mengakhiri pertanggungan Anda

Perusahaan Anda bisa mengakhiri santunan Anda atau santunan tanggungan Anda dengan memberi pemberitahuan kepada kami secara tertulis. Kami tidak bisa memundurkan pembatalan santunan Anda. Santunan ini akan secara otomatis berakhir:

- Di akhir Tahun Asuransi, jika perjanjian antara perusahaan Anda dan kami berakhir.
- Jika perusahaan Anda memutuskan untuk mengakhiri atau tidak memperpanjang santunan Anda.
- Jika perusahaan Anda tidak membayar premi atau kewajiban pembayaran lain menurut Perjanjian Perusahaan dengan kami.

- Jika Anda peserta perorangan dan Anda tidak membayar premi atau kewajiban pembayaran lain menurut Perjanjian Perusahaan dengan kami.
- Ketika Anda berhenti bekerja dari perusahaan Anda.
- Karena kematian karyawan tertanggung.

Kami bisa mengakhiri santunan Anda dan santunan tanggungan Anda jika ditemukan bukti yang sesuai bahwa Anda atau mereka menipu atau berusaha menipu kami. Contohnya dengan memberi informasi palsu kepada kami, menyembunyikan informasi, atau bekerja sama dengan pihak lain untuk memberi informasi palsu kepada kami, baik disengaja atau tidak disengaja, yang bisa memengaruhi kami ketika memutuskan:

- Apakah Anda (atau mereka) bisa masuk dalam skema
- Berapa premi yang harus dibayar perusahaan Anda
- Apakah kami harus membayar klaim

Masa kedaluwarsa polis

Harap dicatat bahwa pada saat berakhirnya polis Anda, hak Anda untuk mendapat penggantian berakhir. Selama enam bulan setelah masa kedaluwarsa, kami akan memberi penggantian biaya yang diperbolehkan yang terjadi selama jangka waktu pertanggungan. Namun, kami tidak akan lagi menjamin perawatan yang berjalan atau lebih lanjut yang diperlukan setelah masa polis Anda berakhir.

Anda harus memastikan bahwa kartu keanggotaan Anda yang Anda dapatkan atau tanggungan Anda segera dimusnahkan ketika keanggotaan Anda berakhir. Jika Anda atau tanggungan Anda menjalani perawatan setelah masa berakhir keanggotaan Anda, kami berhak untuk meminta kembali seluruh jumlah biaya perawatan dari Anda dan/atau perusahaan.

Mengajukan santunan jika keanggotaan grup berakhir

Jika santunan Anda di bawah Perjanjian Perusahaan berakhir, Anda bisa mengajukan santunan untuk salah satu Healthcare Plans for Individuals and Families kami, hanya dengan mengirimkan email kepada kami (informasi di bawah). Anda harus mengirim permohonan Anda dalam satu bulan setelah berhenti dari skema grup. Anda harus mematuhi underwriting. Jika kami menyetujui permohonan Anda, santunan akan dimulai pada hari pertama setelah Anda berhenti dari skema grup.

Ⓐ individual.sales@allianzworldwidecare.com

Pembayaran premi

Jika perusahaan Anda membayar premi asuransi Anda

Pada umumnya, perusahaan Anda berkewajiban untuk membayar premi Anda dan tanggungan Anda, yang dijamin menurut Perjanjian Perusahaan. Perusahaan Anda juga membayarkan pajak dan biaya lainnya yang terkait dengan santunan Anda (seperti Pajak Premi Asuransi). Namun, Anda mungkin berkewajiban untuk membayar pajak yang berhubungan dengan premi yang dibayarkan perusahaan Anda. Untuk selengkapnya, silakan mengecek dengan perusahaan Anda.

Jika Anda membayar premi asuransi Anda

Jika Anda harus membayar premi asuransi Anda, Anda harus membayarnya di awal untuk jangka waktu polis Anda. Sertifikat Asuransi Anda mencantumkan jumlah yang disetujui perusahaan Anda dan pilihan frekuensi pembayaran Anda. Premi awal atau cicilan premi pertama langsung dibayarkan setelah kami menerima permohonan Anda. Pada saat Anda menerima tagihan Anda, mohon diperiksa bahwa premi sesuai dengan jumlah yang tercantum pada penawaran yang disetujui dan segera hubungi kami jika terjadi perbedaan. Kami tidak bertanggung jawab atas pembayaran yang dilakukan melalui pihak ketiga. Premi selanjutnya jatuh tempo pada hari pertama jangka waktu pembayaran yang dipilih.

Jika berlaku, Anda juga harus membayar pajak berikut selain premi Anda:

- Pajak Premi Asuransi (IPT).
- VAT.
- Pajak, retribusi atau biaya lain yang berhubungan dengan santunan Anda yang kami harus bayarkan atau tagihkan dari Anda sesuai hukum.

Biaya-biaya ini sudah dibebankan pada saat Anda bergabung tetapi bisa dimasukkan (atau berubah) setelah itu. Tagihan Anda akan menampilkan pajak-pajak ini. Jika pajak-pajak ini berubah atau jika pajak baru dimasukkan, kami akan menyampaikan pemberitahuan ini kepada Anda. Jika Anda tidak menyetujui perubahan tersebut, Anda bisa memilih untuk mengakhiri polis Anda. Kami tidak akan menerapkan perubahan tersebut jika Anda mengakhiri keanggotaan Anda dalam 30 hari setelah masa berlaku, atau dalam 30 hari pemberitahuan kami kepada Anda mengenai perubahan (mana saja yang lebih terakhir).

Di beberapa negara Anda mungkin juga diminta untuk menerapkan pemotongan pajak. Jika hal tersebut terjadi, Anda berkewajiban untuk menghitung dan membayar jumlah ini kepada pihak terkait selain pembayaran seluruh premi Anda.

Setiap tahun pada tanggal perpanjangan, kami bisa mengubah cara menghitung premi dan pajak Anda, jumlah yang Anda harus bayarkan dan/atau cara pembayaran. Jika demikian, kami akan memberi tahu kepada Anda perubahan ini dan perubahan akan berlaku sejak tanggal perpanjangan Anda. Jika Anda mau, Anda bisa mengubah cara Anda membayar perpanjangan polis. Hubungi kami untuk mengajukan ini minimal 30 hari sebelum tanggal perpanjangan.

Jika Anda tidak mampu membayar premi Anda dengan alasan apa pun, silakan hubungi kami sehingga kita bisa membicarakannya, karena jika Anda tidak membayar premi Anda tepat waktu, Anda bisa kehilangan polis Anda.

Ketentuan berikut juga berlaku untuk polis Anda

Hukum yang berlaku:

Polis Anda diatur oleh hukum dan pengadilan negara sebagaimana dinyatakan dalam Perjanjian Perusahaan, kecuali diharuskan sebaliknya oleh hukum.

Sanksi ekonomi:

Santunan tidak diberikan jika bagian dari polis, manfaat, kegiatan atau bisnis atau bisnis dasar melanggar hukum atau peraturan sanksi Perserikatan Bangsa-Bangsa, Uni Eropa yang berlaku atau hukum atau peraturan sanksi ekonomi atau perdagangan yang berlaku.

Siapa yang dilindungi:

Hanya anggota grup (dan tanggungan) sebagaimana diuraikan dalam Perjanjian Perusahaan yang diperbolehkan menerima pertanggungan.

Jumlah yang akan kami bayarkan:

Kewajiban kami kepada Anda terbatas pada jumlah yang tertera dalam Daftar Manfaat dan pengesahan polis. Jumlah yang diganti, apakah menurut polis ini, skema medis publik atau asuransi lain tidak akan melebihi jumlah yang tercantum dalam tagihan.

Siapa yang bisa membuat perubahan polis Anda:

Tak seorang pun, kecuali perwakilan yang ditunjuk atau Group Scheme Manager diperbolehkan untuk membuat perubahan polis Anda atas nama Anda. Perubahan hanya berlaku saat disetujui oleh perusahaan Anda dan kami.

Ketika santunan diberikan oleh orang lain:

Kami bisa menolak klaim jika Anda atau tanggungan Anda memenuhi syarat untuk mengeklaim manfaat dari:

- Skema publik
- Polis asuransi lain
- Pihak ketiga lainnya

Jika hal ini terjadi, Anda harus memberi tahu kami dan memberikan semua informasi yang diperlukan. Anda dan pihak ketiga tidak bisa menyetujui penyelesaian akhir atau melepaskan hak kami untuk mendapat kembali biaya tanpa penjanjian tertulis sebelumnya. Atau, kami berhak untuk mendapatkan kembali dari Anda jumlah yang kami telah bayarkan dan membatalkan santunan Anda.

Kami berhak untuk mengeklaim kembali dari pihak ketiga jumlah yang kami bayarkan untuk klaim, jika biayanya dari atau juga ditanggung oleh mereka. Kami bisa mengambil proses hukum atas nama Anda, dengan biaya kami, untuk melakukan hal ini. Inilah disebut subrogasi.

Kami tidak akan memberi kontribusi kepada penanggung pihak ketiga jika biaya ditanggung sebagian atau penuh oleh penanggung tersebut. Namun, jika rencana kami menjamin jumlah yang lebih tinggi daripada penanggung lain, kami akan membayar jumlah yang tidak ditanggung oleh mereka.

Keadaan di luar kontrol kami (force majeure):

Kami akan selalu melakukan yang terbaik untuk Anda, tetapi kami tidak bertanggung jawab atas keterlambatan atau kegagalan dalam kewajiban kami kepada Anda yang disebabkan oleh sesuatu di luar kendali kami. Contohnya cuaca ekstrem, banjir, tanah longsor, gempa bumi, badai, petir, kebakaran, penurunan tanah, epidemi, tindakan terorisme, pecahnya permusuhan militer (meskipun perang dinyatakan atau tidak), kerusuhan, ledakan, pemogokan atau kerusuhan demo lain, ketegangan masyarakat, sabotase dan pengambilalihan oleh pihak pemerintah.

Pembatalan dan penipuan:

a) Untuk polis dengan full medical underwriting, informasi yang Anda dan tanggungan berikan kepada kami mis. pada Formulir Permohonan atau dokumen pendukung, harus akurat dan lengkap. Jika tidak benar atau jika Anda tidak memberi tahu kami tentang sesuatu yang mungkin memengaruhi keputusan underwriting kami, hal itu bisa membatalkan polis sejak tanggal berlaku. Anda juga harus memberi tahu kami tentang kondisi medis yang timbul sementara mengisi formulir permohonan dan tanggal berlaku polis.

Kondisi medis yang Anda tidak beri tahu kepada kami kemungkinan tidak akan ditanggung. Jika Anda tidak yakin apakah informasi tertentu terkait dengan underwriting, silakan menghubungi kami dan kami akan menjelaskannya.

b) Untuk polis dengan moratorium, santunan moratorium akan masih berlaku meskipun Anda memberi tahu kami tentang kondisi medis yang Anda mungkin alami sebelumnya. Kami boleh menerapkan ketentuan baru pada rencana, mengurungkan atau membatalkannya dan/atau mengurangi atau menolak segala klaim terkait, berdasarkan fakta materi Anda yang baru.

c) Kami tidak akan membayarkan manfaat untuk klaim jika:

- Klaim tersebut palsu, menipu atau dilebih-lebihkan secara sengaja.
- Anda atau tanggungan Anda atau siapa pun yang bertindak atas nama Anda atau mereka menggunakan cara yang curang untuk mendapat manfaat dari polis ini.

Jumlah klaim yang kami bayarkan kepada Anda sebelum ditemukan tindakan penipuan atau kelalaian akan langsung menjadi tanggung jawab kami. Kami berhak untuk memberi tahu perusahaan Anda atas kegiatan kecurangan ini.

Menghubungi tanggungan:

Untuk memberikan polis Anda, kami mungkin harus meminta informasi lebih lanjut. Jika kami perlu menanyakan tentang salah satu tanggungan Anda (mis. ketika kami perlu meminta alamat email untuk tanggungan yang sudah dewasa), kami mungkin menghubungi Anda sebagai orang yang bertindak atas nama tanggungan tersebut, dan meminta informasi terkait, selama itu bukan informasi sensitif. Demikian pula, untuk tujuan pemberian klaim, kami mungkin mengirimkan kepada Anda informasi yang tidak sensitif yang berhubungan dengan anggota keluarga.

Penggunaan Medi24:


Layanan bantuan Medi24 dan informasi dan sumber daya terkait kesehatan sangat membantu, tetapi bukan pengganti saran medis profesional atau untuk pelayanan yang Anda dapatkan dari dokter. Layanan ini tidak untuk digunakan sebagai diagnosis atau perawatan medis dan untuk itu Anda tidak boleh mengandalkan layanan itu. Selalu mencari saran dokter Anda sebelum memulai perawatan baru atau jika Anda mempunyai pertanyaan tentang kondisi medis. Kami tidak bertanggung jawab atau menanggung atas klaim, kehilangan atau kerusakan secara langsung atau tidak langsung karena penggunaan Medi24 atau informasi atau layanan yang diberikan oleh mereka. Panggilan ke Medi24 akan direkam dan mungkin didengarkan untuk tujuan pelatihan, kualitas dan peraturan.

Perlindungan data

Data Protection Notice (Pemberitahuan Perlindungan Data) kami menerangkan bagaimana kami melindungi privasi Anda dan memproses data pribadi Anda. Anda harus membacanya sebelum mengirimkan data pribadi ke kami. Untuk membaca Pemberitahuan Perlindungan Data kunjungi:

 www.allianzcare.com/en/privacy.html

Atau, Anda bisa menghubungi kami melalui telepon untuk meminta salinan dokumen.

 +60 3 92127820

Jika Anda mempunyai pertanyaan tentang cara kami menggunakan data pribadi Anda, silakan mengirim email kepada kami di:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Prosedur pengaduan

Helpline kami selalu menjadi nomor pertama untuk dihubungi jika Anda mempunyai komentar atau keluhan. Jika kami tidak bisa menyelesaikan masalah melalui telepon, silakan mengirimkan email atau menulis surat ke kami:

 +60 3 92127820

 asia.helpline@allianz.com

 Customer Advocacy Team
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Ireland

Kami akan mengatasi pengaduan Anda sesuai dengan prosedur manajemen pengaduan internal kami. Untuk selengkapnya, lihat:

 www.allianzcare.com/complaints-procedure

Anda juga bisa menghubungi Helpline kami untuk mendapat salinan prosedur ini.

Definisi

Berikut definisi yang berlaku di Healthcare Plan kami. Manfaat Anda yang ditanggung tercantum dalam Daftar Manfaat Anda. Jika rencana Anda mencakup manfaat yang tidak tercantum di bawah ini, definisi akan muncul di bagian “Catatan” di bagian akhir Daftar Manfaat Anda. Di mana pun kata-kata/frasa muncul di dokumen polis Anda, mempunyai arti berikut:

A

Ahli kesehatan mental adalah praktisi yang bekerja di pelayanan kesehatan, layanan konseling atau sosial yang menawarkan layanan merawat kondisi kesehatan mental.

Anda/Milik Anda adalah orang yang bekerja di perusahaan dan tanggungannya disebutkan dalam Sertifikat Asuransi.

Akomodasi rumah sakit adalah akomodasi privat standar atau semiprivat seperti yang tercantum pada Daftar Manfaat - kamar deluxe, kamar eksekutif dan suite tidak ditanggung. Manfaat akomodasi rumah sakit hanya berlaku ketika rawat inap tidak berkaitan dengan manfaat rawat inap lain yang tercantum pada Daftar Manfaat. Misalnya, jika seorang anggota dirawat untuk perawatan kanker, akomodasi rumah sakit akan ditanggung dalam manfaat onkologi, dan bukan dalam manfaat akomodasi rumah sakit. Contoh manfaat yang sudah mencakup akomodasi rumah sakit (jika termasuk dalam rencana Anda) adalah: Psikiater dan psikoterapi, transplantasi Organ, Onkologi, Melahirkan normal, perawatan paliatif dan perawatan jangka panjang.

Akut adalah serangan gejala atau kondisi medis tiba-tiba.

Alat bantu medis yang ditentukan adalah perangkat yang ditentukan dan secara medis diperlukan untuk memungkinkan Anda melakukan kegiatan sehari-hari. Contohnya:

- Alat bantu biokimia seperti pompa insulin, glukosa meter dan mesin dialisis peritoneal.
- Alat bantu gerak seperti tongkat, kursi roda, penyangga/behel ortopedi, anggota tubuh buatan dan prostesis.

- Alat bantu pendengaran dan berbicara seperti laring elektronik.
- Stoking kompresi yang memenuhi syarat secara medis.
- Alat bantu luka waktu lama seperti perban dan persediaan stoma.

Kami tidak menanggung biaya untuk alat bantu medis yang merupakan bagian dari perawatan paliatif atau perawatan jangka panjang.

Ambulans lokal adalah transportasi ambulans yang diperlukan untuk keadaan darurat atau di luar keperluan medis, ke rumah sakit terdekat yang ada dan sesuai atau fasilitas medis berlisensi.

B

Batasan seumur hidup adalah seluruh jumlah yang kami akan bayar untuk biaya yang diperbolehkan selama kami menanggung Anda pada satu rencana atau lebih dengan manfaat yang sama atau setara, meskipun ada rehat dalam polis Anda.

Biaya ahli gizi berhubungan dengan biaya untuk saran diet atau nutrisi yang diberikan oleh ahli kesehatan yang terdaftar dan berpengalaman untuk berpraktik di negara tempat perawatan diberikan. Jika termasuk dalam rencana Anda, santunan hanya diberikan yang berhubungan dengan diagnosis kondisi medis yang diperbolehkan.

Biaya akomodasi untuk satu orang tua yang menginap di rumah sakit dengan anak tertanggung adalah biaya akomodasi rumah sakit satu orang tua atau wali sah selama periode rawat inap anak tertanggung untuk perawatan yang diperbolehkan. Jika tempat tidur yang sesuai tidak tersedia di rumah sakit, kami akan memberikan yang setara dengan harga kamar harian di hotel berbintang tiga

dengan harga hotel yang timbul. Kami tidak menanggung biaya lain-lain seperti makan, telepon atau surat kabar. Periksa Daftar Manfaat Anda untuk memastikan batas umur yang berlaku terkait dengan anak tersebut.

Biaya bidan adalah biaya yang dibebankan oleh bidan atau pendamping kelahiran, yang, menurut hukum negara di mana perawatan diberikan, telah menyelesaikan pelatihan yang diperlukan dan lulus ujian negara yang diperlukan.

Biaya dokter adalah biaya yang dibebankan untuk perawatan nonoperasi yang dilakukan atau diberikan oleh dokter.

Biaya pemakaman adalah biaya pemakaman atau kremasi yang dilakukan di luar negara asal atau negara tempat tinggal. Ini tidak mencakup biaya upacara terkait seperti makanan dan minuman, perjalanan, akomodasi, bunga dan kartu ucapan.

Biaya perjalanan anggota keluarga tertanggung pada saat repatriasi jenazah adalah biaya transportasi yang sesuai dari anggota keluarga tertanggung yang tinggal di luar negeri dengan tertanggung yang meninggal dunia untuk kembali ke negara tempat pemakaman jenazah. Biaya transportasi yang sesuai adalah biaya transportasi pulang baik dengan tarif ekonomi. Santunan tidak mencakup akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

Biaya perjalanan anggota tertanggung yang merupakan anggota keluarga yang berisiko kematian atau yang telah meninggal adalah biaya transportasi yang sesuai dari anggota keluarga tertanggung yang merupakan kerabat pertama yang berisiko meninggal atau yang sudah meninggal (hingga jumlah yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat). Dalam hal terjadi kerabat yang meninggal, perjalanan harus dimulai dalam 6 minggu dari tanggal kematian. Biaya transportasi yang sesuai adalah biaya transportasi pulang baik dengan tarif ekonomi. Kerabat pertama adalah pasangan atau partner, orang tua, saudara laki-laki, saudara perempuan atau anak, termasuk anak adopsi, anak asuh atau anak tiri. Saat mengajukan klaim, masukkan salinan tiket perjalanan dan akta kematian atau surat dokter yang mendukung perjalanan tersebut. Santunan tidak mencakup akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

Biaya perjalanan dari keluarga tertanggung pada saat evakuasi/repatriasi adalah biaya transportasi seluruh anggota keluarga tertanggung dari orang yang dievakuasi/direpatriasi yang sesuai, termasuk anak di bawah umur yang mungkin ditinggal sendiri. Jika seluruh anggota keluarga tidak bisa melakukan perjalanan dalam kendaraan yang sama dengan orang yang dievakuasi/direpatriasi, kami akan

membayarkan transportasi pulang baik mereka dengan tarif ekonomi.

Manfaat 'Biaya perjalanan anggota keluarga tertanggung pada saat repatriasi' ditanggung jika Anda memiliki rencana repatriasi. Santunan tidak mencakup akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

Biaya spesialis merujuk pada perawatan nonbedah yang dilakukan atau diberikan oleh dokter berlisensi. Manfaat ini tidak mencakup biaya psikiater, psikolog atau perawatan lain yang sudah ditanggung oleh manfaat lain menurut Daftar Manfaat Anda. Kami tidak menanggung perawatan spesialis yang tidak termasuk dalam polis Anda.

Biaya untuk satu orang yang mendampingi orang yang dievakuasi/direpatriasi (dipulangkan) adalah biaya perjalanan untuk satu orang yang mendampingi orang yang dievakuasi/direpatriasi. Jika mereka tidak bisa bepergian di dalam kendaraan yang sama, kami akan membayar jenis transportasi alternatif dengan tarif ekonomi. Setelah selesai perawatan, kami juga akan menanggung biaya perjalanan pulang pendamping, dengan tarif ekonomi, ke negara tempat evakuasi/pemulangan dimulai. Santunan tidak diberikan untuk akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.



Copay adalah persentase biaya yang Anda harus bayar. Mis. jika manfaat memberi pengembalian dana sebesar 80%, ini berarti bahwa co-payment sebesar 20% berlaku, sehingga kami akan membayar 80% dari biaya perawatan yang diperbolehkan per tertanggung, per Tahun Asuransi.

CPME/CTT adalah Continuous Personal Medical Exclusions dan Continuous Transfer Terms. Akronim ini adalah kelanjutan istilah underwriting yang sama, termasuk pengecualian khusus dan/atau biaya tambahan, yang diterapkan dengan penanggung sebelumnya. Anda tidak akan dikenakan ketentuan underwriting pribadi yang baru. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami. Istilah underwriting dengan kami adalah CPME/CTT sebelumnya MORI atau CPME/CTT sebelumnya FMU. Lihat definisi 'CPME/CTT sebelumnya MORI' dan 'CPME/CTT sebelumnya FMU' untuk informasi lebih lanjut.

CPME/CTT sebelumnya FMU adalah kelanjutan istilah full medical underwriting yang Anda miliki dengan penanggung sebelumnya. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami.

CPME/CTT sebelumnya MORI adalah kelanjutan tanggal berlaku moratorium Anda jika Anda memiliki ketentuan underwriting moratorium dengan penanggung sebelumnya. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami.

D

Deductible yang disebut sebagai 'kelebihan' dalam asuransi kesehatan, adalah bagian dari biaya yang harus dibayarkan oleh Anda dan kami mengurangi dari jumlah yang kami akan bayarkan.

Ketika deductible berlaku, maka harus dibayarkan per orang per Tahun Asuransi, kecuali Daftar Manfaat Anda menyatakan sebaliknya.

Disforia gender adalah rasa sedih yang dirasakan seseorang karena ketidakcocokan antara identitas jenis kelamin mereka dan penunjukan seks saat lahir.

Dokter gigi adalah orang yang:

- mendapatkan gelar khusus dalam perawatan gigi dan/atau pembedahan gigi dengan mengikuti pendidikan sekolah kedokteran gigi dan/atau kedokteran yang diakui oleh lembaga profesional terakreditasi terkait, dan
- memiliki izin dari badan terkait untuk melakukan perawatan gigi dan/atau operasi gigi di negara tempat perawatan diberikan.

Dokter adalah orang yang memiliki izin untuk berpraktik menurut hukum negara di mana perawatan diberikan dan ketika menjalankan praktik dalam batas lisensi mereka.

Dokter umum adalah dokter yang memiliki izin untuk menjalani praktik menurut hukum negara di mana perawatan diberikan dan ketika mereka berpraktik dalam batasan lisensi mereka.

E

Evakuasi medis berlaku untuk skema berikut:

- Jika perawatan yang diperlukan yang ditanggung tidak tersedia di tempat itu
- Jika darah yang diskriming dengan memadai tidak tersedia dalam darurat

Kami akan mengevakuasi Anda ke pusat medis terdekat yang sesuai (yang bisa atau tidak bisa di negara asal Anda) dengan ambulans, helikopter atau pesawat terbang. Evakuasi medis harus diajukan oleh dokter Anda, dan akan dilakukan dengan cara yang paling ekonomis sesuai dengan kondisi medis Anda. Setelah selesai perawatan, kami juga akan menanggung biaya perjalanan pulang dengan tarif ekonomi ke negara tempat tinggal Anda.

Jika Anda tidak bisa melakukan perjalanan atau dievakuasi karena alasan medis setelah keluar dari episode pelayanan rawat inap, kami akan menanggung biaya akomodasi hotel yang sesuai di kamar private en-suite hingga tujuh hari. Kami tidak menanggung biaya untuk akomodasi suite hotel, akomodasi hotel bintang empat atau lima atau akomodasi hotel untuk pendamping.

Jika Anda dievakuasi ke pusat medis yang sesuai dan terdekat untuk menjalani perawatan yang berjalan, kami akan menanggung biaya akomodasi hotel yang sesuai dalam kamar private en-suite. Biaya ini harus lebih ekonomis daripada biaya rangkaian perjalanan antara pusat medis terdekat dan negara tempat tinggal Anda. Akomodasi hotel untuk pendamping tidak ditanggung.

Ketika darah yang diskriming yang memadai tidak tersedia di tempat itu, kami akan, jika sesuai, berusaha untuk menemukan dan membawa darah yang diskriming dan peralatan transfusi yang steril, jika ini disarankan oleh dokter yang merawat dan ahli medis kita sendiri. Kami dan agen kami tidak bertanggung jawab jika kami tidak berhasil atau jika darah terkontaminasi atau peralatan digunakan oleh pihak yang merawat.

Anda harus menghubungi kami di indikasi pertama bahwa Anda memerlukan evakuasi. Dari sini dan seterusnya, kami akan mengatur dan melakukan koordinasi evakuasi hingga Anda tiba dengan selamat di tempat tujuan perawatan. Jika layanan evakuasi tidak diatur oleh kami, kami berhak untuk menolak semua biaya yang ditimbulkan.

Ingat bahwa Anda mungkin ditanggung juga untuk 'Evakuasi medis nondarurat', jika manfaat ini tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

F

Fisioterapi pascarat inap adalah perawatan fisioterapi yang diperlukan dalam 90 hari setelah keluar dari rawat inap atau perawatan sehari dengan jangka waktu kurang dari 3 hari.

Fisioterapi yang ditentukan adalah perawatan yang diberikan oleh fisioterapis bersertifikat setelah dirujuk oleh dokter. Fisioterapi (baik ditentukan, atau kombinasi perawatan yang tidak ditentukan dan perawatan yang ditentukan) pertama terbatas untuk 12 sesi per kondisi, setelah itu perawatan harus ditinjau oleh dokter yang merujuk Anda. Jika Anda memerlukan sesi lanjutan, Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang baru setelah tiap 12 sesi, yang menunjukkan kebutuhan medis untuk perawatan lagi. Fisioterapi tidak mencakup terapi seperti Roling, pijat, Pilates, Fango dan Milta.

Full medical underwriting adalah penilaian risiko asuransi berdasarkan informasi yang Anda berikan kepada kami saat mengajukan permohonan polis. Tim underwriting kami menggunakan informasi untuk menetapkan ketentuan penawaran kami.

G

Gigi biasa adalah gigi asli, bukan implan buatan atau penggantian.

Group Scheme Manager adalah perwakilan yang ditunjuk oleh perusahaan Anda, yang bertindak sebagai perwakilan antara perusahaan dan kami mengenai hal-hal terkait administrasi rencana seperti pendaftaran, penagihan dan perpanjangan premi.

Pemeriksaan kesehatan dan kesejahteraan termasuk skrining untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit adalah pengecekan, tes dan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan dengan interval usia yang sesuai, yang dilakukan tanpa adanya gejala klinis.

Grup yang tidak ditanggung adalah grup yang informasi kesehatan anggotanya tidak dinilai.

I

Implan gigi merujuk pada prostesis yang berinteraksi dengan tulang rahang atau tengkorak untuk menyangga prostesis gigi seperti mahkota gigi, jembatan gigi atau gigi palsu. Santunan hanya diberikan ketika rencana Anda mencakup manfaat 'Implan gigi' khusus.

J

Jaringan penyedia medis adalah semua penyedia medis dengan siapa kami mengadakan pengaturan di tempat untuk pembayaran langsung biaya medis anggota kami.

K

Kami/Milik Kami/Kita adalah PT Asuransi Central Asia.

Keadaan Darurat adalah serangan kondisi medis yang tiba-tiba dan tak terduga yang memerlukan bantuan medis cepat. Hanya perawatan yang dimulai dalam 24 jam kejadian darurat akan ditanggung.

Kecelakaan adalah suatu kejadian tiba-tiba, tidak terduga yang menyebabkan cedera dan terjadi karena penyebab eksternal bagi tertanggung. Penyebab dan gejala cedera harus bisa ditentukan secara medis dan objektif, yang memungkinkan diagnosis dan memerlukan terapi.

Kehamilan adalah periode waktu ketika Anda mengandung, sejak dari tanggal diagnosis pertama sampai kelahiran.

Kehamilan berbantu adalah kehamilan yang didapatkan setelah menjalani perawatan fertilitas, termasuk kehamilan yang dilakukan dengan Inseminasi Buatan, In Vitro Fertilisation/Bayi Tabung (IVF) atau Assisted Reproductive Technology (Teknologi Reproduksi Berbantu) lain, dan kehamilan yang didapatkan dalam satu bulan menggunakan pengobatan fertilitas.

Kelainan bawaan adalah kondisi tidak normal, deformitas, penyakit, gangguan, sakit, kelainan struktur, kerusakan, cacat, anomali atau cedera yang turun-temurun atau diperoleh sebelum atau saat lahir. Kelainan bawaan bisa diagnosis pada saat lahir atau di kemudian hari.

Keperluan medis adalah perawatan, layanan atau persediaan medis yang memenuhi semua berikut ini:

- Penting untuk mengidentifikasi atau merawat kondisi, penyakit atau cedera Anda
- Sama dengan gejala, diagnosis atau perawatan Anda dari kondisi dasar
- Sesuai dengan praktik medis dan standar perawatan profesional yang diterima pada umumnya di komunitas medis pada saat itu (ini tidak berlaku untuk perawatan pendamping jika mereka masuk dalam santunan Anda)
- Diperlukan untuk alasan selain kenyamanan Anda atau dokter Anda
- Terbukti dan dipastikan mempunyai nilai medis (ini tidak berlaku untuk cara perawatan pendamping jika masuk dalam santunan Anda)
- Dianggap sebagai jenis dan tingkat layanan atau persediaan yang paling tepat
- Diberikan pada fasilitas yang tepat, pengaturan yang tepat dan tingkat pelayanan yang tepat untuk perawatan kondisi medis Anda
- Diberikan hanya untuk jangka waktu yang sesuai

Dalam definisi ini, istilah “sesuai” berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Mengenai pelayanan rawat inap, “diperlukan secara medis” juga berarti bahwa diagnosis tidak bisa dibuat atau perawatan tidak bisa diberikan secara aman dan efektif untuk rawat jalan.

Komplikasi kehamilan berhubungan dengan kesehatan ibu. Hanya komplikasi berikut yang muncul selama masa prenatal kehamilan yang ditanggung: diabetes gestasional, pre-eklampsia, kondisi bayi lahir mati dan hamil anggur. Harap dicatat bahwa jika mengalami kehamilan ektopik, keguguran atau keguguran terancam, santunan diberikan menurut manfaat pelayanan kesehatan nonpersalinan.

Komplikasi persalinan mengacu hanya pada pendarahan pascapersalinan dan membran plasenta yang tertahan.

Jika rencana Anda juga mencakup manfaat melahirkan normal, komplikasi persalinan mencakup bedah sesar yang diperlukan secara medis.

Kondisi kronis adalah sakit, penyakit atau cedera yang berlangsung dalam waktu lebih dari enam bulan atau memerlukan perhatian medis (seperti pemeriksaan atau

perawatan) minimal sekali dalam setahun. Kondisi ini juga memiliki satu karakteristik atau lebih yaitu:

- Kondisi yang terjadi berulang
- Tanpa obat yang umum diakui dan diketahui
- Biasanya tidak memberi respons pada perawatan
- Memerlukan perawatan paliatif
- Menyebabkan cacat permanen

Lihat bagian “Catatan” dari Daftar Manfaat Anda untuk memastikan kondisi kronis ditanggung.

Kondisi medis akut adalah suatu kondisi medis yang berlangsung singkat, memiliki titik akhir tertentu, dan, menurut opini yang wajar, berdasarkan saran atau saran umum bisa disembuhkan dengan perawatan.

Kondisi medis terkait adalah cedera, sakit atau penyakit yang, berdasarkan saran medis atau saran umum, kami tetapkan sebagai hasil dari satu kondisi medis atau lebih.

Kondisi yang sudah ada sebelumnya adalah kondisi medis dengan satu gejala atau lebih yang timbul sewaktu-waktu dalam hidup Anda atau tanggungan Anda. Ini berlaku tanpa memandang apakah Anda atau tanggungan Anda mencari saran atau perawatan medis. Kami akan mempertimbangkan kondisi tersebut sebagai kondisi yang sudah ada sebelumnya jika kami menganggap Anda atau tanggungan Anda sudah mengetahuinya.

Ketentuan berikut tentang kondisi yang sudah ada sebelumnya yang berlaku jika Sertifikat Asuransi Anda menunjukkan bahwa ketentuan underwriting Anda Full Medical Underwriting atau CPME/CTT yang sebelumnya FMU:

Polis anda akan menanggung kondisi yang sudah ada sebelumnya kecuali kami memberi tahu Anda sebaliknya secara tertulis.

Kami juga akan menganggap sebagai kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang muncul di antara tanggal Anda mengisi formulir permohonan dan kemudian:

- Tanggal kami mengeluarkan Sertifikat Asuransi Anda atau
- Tanggal berlaku polis Anda

Kondisi yang ada sebelumnya tersebut juga akan sesuai dengan full medical underwriting dan jika kondisi tersebut tidak diungkapkan, maka tidak akan ditanggung. Lihat bagian “Catatan” pada Daftar Manfaat Anda untuk memastikan apakah kondisi yang sudah ada sebelumnya ditanggung.

Ketentuan berikut tentang kondisi yang sudah ada sebelumnya berlaku jika Sertifikat Asuransi Anda menunjukkan bahwa ketentuan underwriting adalah moratorium atau CPME/CTT yang sebelumnya MORI:

Klaim Anda tidak akan dibayar jika berkaitan dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, jika satu atau lebih berikut ini telah berlaku selama jangka waktu 24 bulan sebelum tanggal berlaku Anda (atau tanggal yang tercantum dalam Sertifikat Asuransi):

- Ini cukup bisa dilihat bahwa kondisi medis akan terjadi setelah tanggal berlaku polis Anda.
- Kondisi terlihat sangat jelas.
- Anda mengalami tanda atau gejala kondisi tersebut.
- Anda meminta saran tentang kondisi tersebut.
- Anda menjalani perawatan untuk kondisi tersebut, atau
- Berdasarkan pengetahuan terbaik Anda, Anda mengetahui kondisi tersebut.

Setelah Anda menyelesaikan jangka waktu 24-bulan terus menerus setelah tanggal Anda bergabung, kami bisa menanggung kondisi medis Anda yang sudah ada sebelumnya asalkan Anda tidak memiliki gejala, perawatan yang diperlukan atau diterima, obat, diet atau saran khusus atau mengalami indikasi kondisi lainnya.

L

Layanan disforia gender berhubungan dengan perawatan yang diperlukan secara medis berikut:

- Layanan kesehatan perilaku seperti konseling untuk disforia gender dan kondisi mental terkait (mis. rasa cemas, depresi). Perawatan harus diberi obat oleh psikiater atau psikolog klinis Phd.
- Terapi hormon.
- Pemeriksaan kesehatan preventif berkaitan dengan usia dan gender seperti skrining serviks, payudara, kanker prostat, sesuai dengan anatomi biologis individu.
- Operasi mengubah jenis kelamin dan operasi terkait, jika Anda didiagnosis mengalami disforia gender, berikut kriteria yang sesuai:
 - Anda minimal berusia 18 tahun.
 - Anda memiliki satu surat rekomendasi untuk operasi dari ahli kesehatan mental untuk operasi payudara/dada atau dua surat rekomendasi dari ahli kesehatan profesional mental yang terpisah untuk operasi jenis kelamin, termasuk laporan ekstensif. Kami juga akan menerima surat dari ahli tingkat master (ini mengacu pada siapa saja yang bekerja di bidang kesehatan mental – psikiater, perawat kesehatan mental atau psikolog yang

menyelesaikan gelar master di bidang kedokteran ini) jika surat kedua dari psikiater atau psikolog klinis PHD.

Rekomendasi harus berdasarkan penilaian yang dilakukan dalam 24 bulan terakhir dan harus menunjukkan bahwa keputusan Anda akurat dan tidak karena kondisi atau gangguan yang bisa diobati lainnya. Tiap rekomendasi harus menyatakan bahwa operasi tersebut secara medis diperlukan menurut pedoman klinis berbasis bukti.

Layanan konsultasi video memberi akses langsung ke dokter via platform telekomunikasi. Manfaat ini menanggung biaya konsultasi video, seperti yang tercantum dalam Daftar Manfaat Anda dan memberikan saran medis, diagnosis dan pengeluaran resep, jika diperlukan, untuk perawatan medis nondarurat. Akses ke layanan telekonsultasi dan resep akan tergantung pada lokasi wilayah Anda dan peraturan negara setempat. Anda bisa membuat temu janji untuk berbicara dengan dokter dalam Bahasa Inggris, sesuai dengan ketersediaan waktu. Beberapa penyedia pihak ketiga memberikan bahasa utama tambahan. Biaya obat tidak termasuk, tetapi pengiriman obat atau rujukan mungkin atau mungkin tidak termasuk dalam manfaat ini, bahkan saat diresepkan atau disarankan selama konsultasi video.

M

Manfaat meninggal karena kecelakaan adalah jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat yang harus dibayarkan jika tertanggung (usai 18 hingga 70 tahun) meninggal dunia dalam jangka waktu asuransi karena kecelakaan (termasuk cedera di tempat kerja).

Manfaat uang santunan rawat inap harus dibayarkan ketika Anda menjalani rawat inap untuk kondisi medis yang ditanggung oleh kami tetapi gratis untuk Anda, yaitu ketika seluruh biaya perawatan Anda didanai oleh layanan pelayanan negara Anda dan tidak ada klaim dibuat atau dibayarkan oleh kami menurut bagian dari polis ini. Manfaat uang santunan rawat inap terbatas pada jumlah yang ditentukan dalam Daftar Manfaat dan dibayarkan setelah Anda keluar dari rumah sakit.

Masa tunggu adalah periode waktu yang dimulai dari tanggal berlaku polis Anda (atau tanggal efektif jika Anda tanggungan), selama Anda tidak berhak menanggung manfaat tertentu. Daftar Manfaat Anda menunjukkan manfaat mana yang sesuai dengan masa tunggu. Masa tunggu tidak berlaku untuk Anda jika polis Anda non-underwritten.

Melahirkan normal adalah biaya medis yang timbul selama kehamilan dan persalinan. Ini meliputi biaya rumah sakit, biaya spesialis, perawatan ibu sebelum persalinan dan perawatan setelah persalinan, biaya bidan (hanya selama persalinan) dan perawatan bayi lahir (lihat definisi 'Perawatan bayi lahir' untuk apa saja yang kami tanggung menurut manfaat ini dan untuk batasan rawat inap yang berlaku untuk anak adopsi dan anak asuh, semua bayi yang dilahirkan dengan ibu pengganti dan bayi lahir kembar karena reproduksi berbantu medis). Harap dicatat bahwa scan ultrasonografi 3D dan 4D ditanggung sampai biaya scan 2D saja

Kami tidak menanggung biaya komplikasi kehamilan dan persalinan menurut manfaat 'Melahirkan normal'. Operasi sesar yang tidak diperlukan secara medis ditanggung hingga biaya persalinan biasa di rumah sakit yang sama, sesuai dengan batasan manfaat. Operasi sesar yang diperlukan secara medis dibayarkan menurut manfaat 'Komplikasi persalinan'.

Moratorium (MORI) adalah waktu tunggu 24 bulan dari tanggal berlaku atau tanggal yang tercantum dalam bagian ketentuan khusus Sertifikat Asuransi Anda yang sudah berlaku sebelum klaim untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya menjadi diperbolehkan dalam rencana. Ini mencakup istilah underwriting CPME/CTT sebelumnya MORI. Setelah Anda menyelesaikan masa 24 bulan terus menerus setelah tanggal berlaku, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya mungkin ditanggung, asalkan Anda tidak mempunyai gejala, perawatan yang diperlukan atau diterima, obat, diet atau saran khusus, atau mengalami indikasi medis lain.

N

Negara asal adalah negara tempat Anda memegang paspor Anda sekarang atau negara tempat tinggal Anda.

Negara tempat tinggal adalah negara tempat Anda dan tanggungan Anda (jika berlaku) tinggal lebih dari enam bulan.



Obesitas didiagnosis ketika seseorang mempunyai indeks masa tubuh (IMT) lebih dari 30. (Anda bisa menemukan kalkulator IMT di: www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/bmi-calculator.html).

Onkologi merujuk pada biaya spesialis, tes diagnostik, radioterapi, kemoterapi dan biaya rumah sakit yang berkaitan dengan perawatan kanker dari saat diagnosis. Kami juga menanggung biaya perangkat prostetik eksternal untuk tujuan kecantikan, misalnya wig untuk rambut rontok atau bra prostetik setelah perawatan kanker payudara.

Operasi gigi meliputi operasi cabut gigi, serta prosedur operasi gigi lainnya seperti apikoektomi dan resep obat gigi. Semua prosedur investigatif yang menetapkan perlunya operasi gigi seperti tes laboratorium, X-ray, CT scan dan MRI termasuk dalam manfaat ini. Operasi gigi tidak menanggung perawatan gigi yang berhubungan dengan implan gigi.

Operasi Pencegahan adalah masektomi pencegahan atau pengangkatan indung telur. Kami akan membayar operasi pencegahan ketika:

- Anda memiliki riwayat keluarga langsung penyakit yang merupakan bagian sindrom kanker keturunan (misalnya, kanker payudara atau kanker ovarium) dan
- Uji genetik menentukan adanya sindrom kanker keturunan.

Operasi rawat jalan adalah prosedur bedah yang dilakukan dalam fasilitas ruang operasi, rumah sakit, fasilitas perawatan sehari atau departemen rawat jalan yang tidak mengharuskan Anda untuk menginap selain kebutuhan medis.

Operasi rekonstruktif adalah biaya perawatan untuk mengembalikan fungsi atau bentuk asli setelah mengalami kecelakaan yang mengakibatkan cacat atau operasi kanker. Santunan tersedia jika perawatan untuk kecelakaan atau operasi awal juga ditanggung oleh polis ini.

Ortodontik adalah penggunaan perangkat untuk memperbaiki maloklusi (pergeseran gigi dan gigitan Anda). Kami hanya menanggung perawatan ortodontik yang memenuhi kriteria kebutuhan medis di bawah ini. Karena kriteria ini bersifat sangat teknis, silakan menghubungi kami sebelum memulai perawatan sehingga kami bisa memverifikasi apakah perawatan Anda memenuhi kriteria.

Kriteria kebutuhan medis:

- a) Peningkatan overjet (jarak gigi) > 6mm tetapi <= 9 mm
- b) Reverse overjet > 3.5 mm tanpa kesulitan mengunyah atau berbicara
- c) Crossbite anterior atau crossbite posterior dengan ketidaksesuaian > 2 mm antara posisi retruded contact dan posisi intercuspal
- d) Perpindahan gigi yang parah > 4
- e) Gigitan terbuka lateral atau anterior ekstrem > 4 mm
- f) Gigi tonggos yang meningkat dan lengkap dengan trauma gingiva atau palatal
- g) Hipodonsia yang kurang ekstensif memerlukan ortodonti prarestoratif atau penutupan ruang ortodonti untuk mencegah perlunya prosthesis
- h) Crossbite posterior lingual tanpa occlusal contact yang bekerja dalam satu segmen bukal atau lebih
- i) Reverse overjet > 1 mm tetapi < 3.5 mm dengan rekaman kesulitan mengunyah dan berbicara
- j) Erupsi gigi sebagian, tipping, terpendam, terhadap gigi yang berdekatan
- k) Gigi berlebih yang sudah ada

Anda harus mengirimkan kepada kami beberapa informasi pendukung untuk menunjukkan bahwa perawatan Anda secara medis diperlukan sehingga ditanggung oleh rencana Anda. Informasi yang kami minta bisa mencakup, tetapi tidak terbatas pada:

- Laporan medis yang dikeluarkan oleh spesialis yang menyatakan diagnosis (jenis maloklusi) dan deskripsi gejala Anda yang disebabkan oleh masalah ortodonti.
- Rencana perawatan yang menunjukkan perkiraan durasi dan biaya perawatan serta tipe/materi perlengkapan yang digunakan.
- Pengaturan pembayaran yang disetujui dengan penyedia medis.
- Bukti pembayaran untuk perawatan ortodonti.
- Foto kedua rahang yang dengan jelas menunjukkan pertumbuhan gigi sebelum perawatan.
- Foto klinis rahang dalam kondisi tertutup di tengah dari tampilan frontal dan lateral.
- Ortopantografi (x-ray yang luas).
- Profil x-ray (x-ray sefalometrik).
- Dokumen lain yang kami perlukan untuk menilai klaim.

Kami hanya akan menanggung biaya behel metalik standar dan/atau alat yang bisa dilepas standar. Namun, kami akan menanggung alat seperti behel lingual dan alat perata gigi yang tak terlihat hingga biaya behel metalik, sesuai dengan batas manfaat 'perawatan Ortodonti'.

P

Partner adalah orang yang tinggal dengan Anda dalam hubungan pernikahan selama jangka waktu 12 bulan secara terus menerus.

Pelayanan rawat inap adalah perawatan yang diterima di rumah sakit ketika pasien menginap untuk keperluan medis.

Pelayanan rawat jalan adalah perawatan yang disediakan untuk kegiatan atau operasi dokter, terapis atau spesialis yang tidak mengharuskan Anda dirawat di rumah sakit.

Pelayanan sebelum persalinan meliputi skrining biasa dan tes lanjutan yang diperlukan selama kehamilan. Untuk wanita usia 35 tahun ke atas, ini mencakup tes Triple/Bart, Quadruple dan Spina Bifida, amniosentesis dan, jika langsung berkaitan dengan amniosentesis yang diperbolehkan, analisis DNA.

Pelayanan setelah persalinan adalah perawatan medis masa nifas rutin yang diterima oleh ibu hingga enam minggu setelah melahirkan.

Pembayaran langsung adalah ketika kami membayar biaya perawatan atau layanan secara langsung dengan penyedia medis dalam jaringan penyedia medis.

Pemeriksaan kesehatan dan kebugaran termasuk skrining untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit adalah pengecekan, tes dan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan dengan interval usia yang sesuai, yang dilakukan tanpa adanya gejala klinis. Lihat Daftar Manfaat Anda untuk memastikan tes dan pemeriksaan apa yang ditanggung dalam manfaat ini.

Pemeriksaan pendengaran anak menyediakan pembayaran atas profesional layanan pendengaran yang berpengalaman dan diakui di negara tempat perawatan. Agar memenuhi syarat dalam manfaat ini, anak Anda harus berusia 16 tahun ke bawah dan ditanggung pada saat menerima layanan ini. Pada saat mengajukan klaim, lampirkan tagihan bertanggal dari penyedia.

Peralatan bedah yang dibutuhkan untuk melakukan pembedahan. Peralatan tersebut meliputi bagian tubuh buatan atau perangkat seperti alat pengganti, sekrup dan pelat tulang, alat pengganti katup, endovaskular stent, defibrilator yang ditanam dan alat pacu jantung.

Perawatan adalah prosedur medis yang dibutuhkan untuk mengobati dan menghilangkan sakit atau cedera.

Perawatan bayi baru lahir meliputi pemeriksaan biasa yang diperlukan untuk menilai integritas dan fungsi dasar organ dan struktur kerangka anak. Pemeriksaan penting ini dilakukan langsung setelah kelahiran.

Santunan tidak mencakup prosedur diagnostik preventif lanjutan, seperti swab rutin, tes golongan darah dan tes pendengaran. Namun, jika untuk alasan medis anak tersebut memerlukan pemeriksaan dan perawatan lanjutan, ini semua ditanggung menurut polis bayi lahir (jika sudah ditambahkan sebagai tanggungan). Untuk bayi lahir kembar dari reproduksi berbantu medis, semua bayi yang lahir dari ibu pengganti, anak adopsi dan anak asuh, pelayanan rawat inap terbatas pada \$40,500 per anak selama tiga bulan pertama setelah kelahiran: batasan ini berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

Perawatan darurat di luar area cakupan adalah perawatan untuk keadaan darurat medis yang terjadi selama melakukan bisnis atau perjalanan liburan di luar area cakupan Anda. Santunan diberikan hingga enam minggu per perjalanan dalam jumlah manfaat maksimum. Ini mencakup perawatan yang diperlukan karena kecelakaan atau awal tiba-tiba atau memburuknya penyakit parah yang menyebabkan ancaman langsung pada kesehatan Anda. Perawatan dari dokter harus dimulai selama 24 jam dari kejadian darurat. Santunan tidak diberikan untuk perawatan kuratif atau nondarurat tindak lanjut meskipun Anda dianggap tidak bisa bepergian ke negara dalam area wilayah cakupan Anda. Atau tidak bisa sampai ke biaya yang berkaitan dengan melahirkan, kehamilan, persalinan atau komplikasi kehamilan atau persalinan. Beri tahu Group Scheme Manager perusahaan Anda jika Anda akan berada di luar area cakupan untuk lebih dari enam minggu.

Perawatan gangguan makan adalah kombinasi psikoterapi, termasuk terapi perilaku kognitif, pengawasan medis, pengobatan yang diresepkan dan konseling nutrisi untuk mengobati anoreksia nervosa, bulimia nervosa dan gangguan perilaku makan.

Perawatan sehari atau pelayanan rawat inap harus termasuk resep obat yang berkaitan dengan kondisi tersebut.

Terapi rawat jalan (jika ditanggung) memerlukan rujukan dari dokter dan terbatas untuk 10 sesi per kondisi untuk pertama. Setelah setiap 10 sesi, psikiater harus meninjau perawatan tersebut. Jika Anda memerlukan sesi lagi,

Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang menunjukkan diagnosis dan kebutuhan medis untuk perawatan lebih lanjut.

Perawatan gangguan spektrum autisme adalah beberapa terapi untuk memperbaiki keterampilan bertanggung dengan autisme. Perawatan ini mencakup perawatan medis spesialis dan program perilaku terakreditasi. Perawatan ditanggung sebagai bagian manfaat 'Psikiatri dan psikoterapi' dari rencana Out-patient Anda, jika Anda memilikinya. Periksa Daftar Manfaat Anda untuk batasan yang berlaku. Kami tidak menanggung rawat inap, menginap atau perawatan sehari di fasilitas pendidikan khusus.

Perawatan gigi mencakup pemeriksaan tahunan, penambalan gigi yang mudah pada lubang gigi atau pembusukan, perawatan saluran akar dan resep obat gigi.

Perawatan gigi rawat inap darurat adalah perawatan gigi darurat akut untuk penghilang rasa sakit yang disebabkan oleh kecelakaan serius dan memerlukan rawat inap di rumah sakit. Perawatan harus dilakukan dalam 24 jam kejadian darurat. Santunan tidak sampai pada perawatan gigi lanjutan, operasi gigi, prostesis gigi, ortodonti atau periodonti. Jika santunan diberikan untuk manfaat ini, maka itu akan tercantum terpisah dalam Daftar Manfaat.

Perawatan gigi rawat jalan adalah manfaat yang secara khusus menanggung perawatan gigi rawat jalan yang diperlukan sebagai lanjutan dari rawat inap dari kerusakan yang tidak disengaja hingga gigi asli. Santunan diberikan ketika perawatan gigi rawat jalan diperlukan dalam waktu 90 hari setelah pulang dari pelayanan rawat inap. Santunan mencakup biaya untuk menyediakan dan memasang implan gigi.

Perawatan gigi rawat jalan darurat adalah perawatan yang diterima dalam operasi gigi atau kamar darurat rumah sakit untuk penghilang sakit gigi langsung yang disebabkan oleh kecelakaan atau cedera dari gigi sehat alami. Perawatan bisa meliputi pulpotomi atau pulpektomi dan penambalan sementara selanjutnya, terbatas pada tiga tambalan per Tahun Asuransi. Perawatan harus dilakukan selama 24 jam kejadian darurat. Ini tidak termasuk bentuk prostesis gigi, restorasi permanen atau lanjutan perawatan saluran akar gigi. Namun, jika polis Anda mencakup Dental Plan, polis akan menanggung perawatan gigi dengan kelebihan batas dalam manfaat 'Perawatan gigi rawat jalan darurat'. Dalam hal ini, ketentuan Dental Plan akan berlaku.

Perawatan HIV atau AIDS adalah manfaat yang menanggung konsultasi, pemeriksaan, pelayanan rawat inap dan rawat jalan sehubungan dengan diagnosis Human

Immunodeficiency Virus (HIV) atau Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Jika termasuk dalam rencana Anda sebagai manfaat khusus, santunan terbatas pada jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

Perawatan infertilitas adalah semua prosedur investigatif invasif yang diperlukan untuk menentukan penyebab infertilitas seperti histerosalpingografi, laparoskopi atau histeroskopi. Ini juga menanggung perawatan seperti InVitro Fertilisation/Bayi Tabung (IVF), untuk masalah diagnosis infertilitas. Kami akan menanggung biaya perawatan bagi tertanggung yang menerimanya, hingga batasan yang tercantum pada Daftar Manfaat. Anda tidak bisa mengklaim di bawah santunan pasangan/mitra tertanggung untuk biaya yang melebihi batasan manfaat.

Semua prosedur investigasi invasif yang dilakukan untuk menetapkan penyebab infertilitas ditanggung dalam batasan manfaat Out-patient Plan terkait (jika Anda memilikinya). Contoh manfaat yang menanggung prosedur investigatif noninvasif adalah 'tes Diagnostik', 'Biaya dokter' dan 'biaya spesialis'.

Untuk bayi lahir kembar karena reproduksi berbantu medis, semua bayi yang lahir dari ibu pengganti, anak adopsi dan anak asuh, pelayanan rawat inap terbatas pada 40,500 per anak untuk tiga bulan pertama setelah lahir dan berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

Perawatan jangka panjang adalah perawatan dalam jangka waktu lama setelah perawatan akut selesai, biasanya untuk kondisi atau cacat kronis yang memerlukan perawatan berkala, tidak tetap atau terus menerus. Perawatan jangka panjang bisa diberikan di rumah, komunitas, rumah sakit atau di rumah jompo.

Perawatan laser mata adalah operasi refraksi kualitas kornea mata menggunakan teknologi laser, termasuk pemeriksaan perioperatif yang diperlukan.

Perawatan Ortomolekular adalah perawatan alternatif yang bertujuan untuk memperbaiki keseimbangan biokimia individu melalui suplemen. Ini menggunakan bahan alami seperti vitamin, mineral, enzim dan hormon.

Perawatan paliatif adalah perawatan berjalan yang bertujuan untuk mengurangi penderitaan fisik/psikologi yang berkaitan dengan penyakit yang progresif, tidak bisa disembuhkan dan untuk menjaga kualitas hidup. Ini mencakup pelayanan rawat inap, perawatan sehari dan rawat jalan setelah mendapat diagnosis kondisi terminal. Kami akan membayar perawatan fisik, perawatan psikologi, akomodasi rumah sakit atau stadium akhir, perawatan lanjut usia dan resep obat.

Perawatan pascarawat inap adalah pelayanan rawat jalan yang diperlukan dalam 90 hari setelah keluar dari rawat inap atau perawatan sehari untuk kondisi medis akut yang sama. Manfaat ini menanggung biaya dokter, biaya spesialis, operasi rawat jalan, resep obat, dan perban, MRI, PET dan CT scan, X-ray, tes patologi dan tes dan prosedur diagnostik lain.

Perawatan pencegahan adalah perawatan yang Anda dapatkan tanpa gejala klinis pada saat perawatan (mis. pengangkatan sel prakanker). Manfaat ini ditanggung ketika manfaat 'Perawatan pencegahan' tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

Perawatan pendamping adalah perawatan yang dilakukan di luar pengobatan Barat tradisional. Lihat Daftar Manfaat Anda untuk memastikan apakah cara perawatan pendamping berikut ditanggung: perawatan kiropraktik, osteopati, podiatri, homeopati, obat herbal Cina, akupunktur, pijat Tui na, bekam, pengaturan posisi tulang dan perawatan ayurvedic yang dilakukan oleh terapis yang diakui. Jika tersedia, biaya konsultasi juga akan ditanggung dalam manfaat ini.

Perawatan rawat jalan darurat adalah perawatan yang diterima dalam ruang korban luka atau ruang darurat dalam 24 jam dari kecelakaan atau penyakit yang tiba-tiba, di mana tidak ada kebutuhan medis bagi Anda untuk menginap di rumah sakit. Jika polis Anda mencakup manfaat rawat jalan, maka akan menjamin perawatan rawat jalan Anda dengan kelebihan batas dalam manfaat 'Perawatan rawat jalan darurat'.

Perawatan sehari adalah perawatan terencana yang dijalani di rumah sakit atau fasilitas perawatan selama sehari, termasuk kamar rumah sakit dan perawatan, yang tidak mengharuskan pasien untuk menginap dan jika catatan pemulangan dikeluarkan.

Periodonti adalah perawatan gigi yang berkaitan dengan penyakit gusi.

Perjanjian Perusahaan adalah perjanjian kami dengan perusahaan Anda, di mana Anda dan tanggungan Anda diberi jaminan oleh kami. Perjanjian ini mengatur siapa saja yang bisa dilindungi, kapan santunan ini berlaku, bagaimana memperpanjang polis ini dan cara membayar premi.

Perusahaan adalah pemberi kerja yang disebutkan dalam Perjanjian Perusahaan.

Polis dengan full medical underwriting merupakan polis di mana kami meminta tertanggung untuk memberikan informasi lengkap tentang riwayat medisnya ketika tertanggung mengajukan santunan. Kami melakukan

penilaian riwayat medis sebelum memastikan santunan, agar dapat menentukan jenis risiko asuransinya: dari risiko asuransi, kami dapat memastikan santunan dengan pengecualian manfaat tertentu dan/atau kenaikan premi. Santunan untuk kondisi yang sudah ada disesuaikan dengan ketentuan yang diberikan oleh Tim Underwriting kami, dan diatur menurut manfaat, syarat dan ketentuan polis.

Polis dengan moratorium adalah polis di mana kami tidak mempertimbangkan atau menilai riwayat medis tertanggung saat mereka mengajukan santunan.

Tertanggung ditanggung atas semua pengeluaran yang memenuhi syarat yang tercantum dalam rencana mereka, sesuai dengan syarat dan ketentuan polis – namun, setiap klaim mengenai kondisi yang sudah ada disesuaikan dengan moratorium (lihat definisi).

Polis Non-underwritten adalah polis di mana kami tidak meminta tertanggung untuk memberikan informasi mengenai kesehatannya pada saat bergabung, pada waktu riwayat medis tertanggung tidak dipertimbangkan atau dinilai. Kondisi medis yang sudah ada ditanggung menurut manfaat, syarat dan ketentuan polis.

Prosedur operasi mulut dan maksilofasial adalah perawatan operasi pada mulut, rahang, wajah atau leher yang dilakukan di rumah sakit oleh ahli bedah mulut dan maksilofasial untuk: patologi mulut, gangguan sendi rahang, patah tulang wajah, deformitas rahang bawaan, penyakit kelenjar ludah, dan tumor.

Kecuali Anda memiliki Dental Plan, kami tidak menanggung prosedur berikut meskipun dilakukan oleh ahli bedah mulut dan maksilofasial:

- Operasi pengangkatan gigi terpendam
- Operasi pengangkatan kista
- Operasi rahang untuk perbaikan maloklusi

Prostesis gigi mencakup mahkota gigi, inlay, onlay, rekonstruksi/restorasi perekat, jembatan gigi dan gigi palsu, serta semua yang diperlukan dan perawatan tambahan yang diperlukan. Implan gigi tidak ditanggung di bawah manfaat 'Prostesis gigi', tetapi bisa termasuk dalam santunan Anda di bawah manfaat 'Implan gigi' yang terpisah.

Psikiatri dan psikoterapi adalah perawatan mental, perilaku dan gangguan kepribadian, termasuk spektrum autisme dan gangguan makan. Perawatan harus dilakukan oleh psikiater, psikolog klinis atau psikoterapis bersertifikat. Kondisi tersebut harus secara klinis signifikan dan perawatannya secara medis diperlukan.

Perawatan sehari atau pelayanan rawat inap harus termasuk resep obat yang berkaitan dengan kondisi tersebut.

Pelayanan psikoterapi rawat jalan (jika ditanggung) memerlukan rujukan dari dokter dan terbatas untuk 10 sesi per kondisi untuk pertama. Setelah setiap 10 sesi, psikiater harus meninjau perawatan tersebut. Jika Anda memerlukan sesi lagi, Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang menunjukkan diagnosis dan kebutuhan medis untuk perawatan lebih lanjut.

Konseling tersedia melalui Employee/Expat Assistance Programme/Program Bantuan Karyawan/Ekspat (EAP) dan merupakan intervensi yang jangka pendek yang berfokus pada solusi, dan biasanya berhubungan dengan masalah saat ini yang mudah diatasi dengan tingkat kesadaran. Ini bukan situasi untuk jangka panjang atau perawatan gangguan klinis. EAP bisa membantu Anda dan keluarga dekat Anda menghadapi situasi yang sulit yang terjadi dalam hidup, seperti stres, kecemasan, kehilangan, tantangan di tempat kerja, peralihan lintas budaya, mengatasi isolasi dan kesendirian. Untuk informasi lebih lanjut, silakan melihat bagian 'Employee/Expat Assistance Programme/Program Bantuan Karyawan/Ekspat (EAP) dari panduan ini.

R

Rehabilitasi adalah perawatan yang menggabungkan beberapa terapi seperti terapi fisik, okupasi dan terapi bicara. Rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan bentuk atau fungsi asli setelah mengalami penyakit akut, cedera atau operasi. Perawatan harus dilakukan di tempat rehabilitasi bersertifikat dan dimulai dalam 14 hari setelah keluar dari perawatan medis akut dan/atau perawatan operasi. Santunan hanya diberikan menurut manfaat ini jika Anda menjalani rawat inap selama tiga hari/malam atau lebih berturut-turut untuk kondisi medis yang sama.

Repatriasi jenazah adalah pengiriman jenazah tertanggung dari negara tempat tinggal ke negara tempat pemakaman. Kami menanggung biaya seperti: pembalsaman, kontainer yang sesuai dengan hukum untuk membawa, pengiriman dan otorisasi pemerintah yang diperlukan. Biaya kremasi hanya akan ditanggung jika kremasi diperlukan untuk tujuan hukum. Kami tidak menanggung biaya yang timbul untuk pendamping jenazah kecuali tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

Repatriasi medis adalah tingkat santunan opsional dan ketika diberikan akan tercantum pada Daftar Manfaat. Jika perawatan yang diperlukan bagi Anda untuk ditanggung tidak tersedia di tempat, Anda bisa memilih dievakuasi secara medis ke negara asal Anda untuk menjalani perawatan, sebagai ganti pusat medis terdekat yang sesuai.

Ini hanya berlaku ketika negara asal Anda berada dalam area wilayah cakupan. Setelah selesai perawatan, kami juga akan menanggung biaya perjalanan pulang Anda dengan tarif ekonomi, ke negara tempat tinggal Anda. Perjalanan pulang harus dilakukan dalam satu bulan setelah perawatan selesai.

Anda harus menghubungi kami di indikasi pertama yang memerlukan repatriasi (pemulangan). Pada tahap ini dan seterusnya kami akan mengatur dan melakukan koordinasi semua tahapan repatriasi sampai Anda tiba dengan selamat di tempat tujuan perawatan. Jika repatriasi tidak diatur kami, kami berhak untuk menolak semua biaya yang ditimbulkan.

Resep kacamata dan lensa kontak termasuk pemeriksaan mata adalah santunan untuk pemeriksaan mata rutin yang dilakukan oleh ahli kacamata atau dokter mata (satu pemeriksaan per Tahun Asuransi) dan untuk lensa dan kacamata untuk memperbaiki penglihatan.

Resep obat dan perban adalah obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk:

- Mengobati diagnosis atau kondisi medis yang terkonfirmasi
- Mengganti kekurangan zat tubuh yang sangat penting

Resep obat harus secara klinis terbukti efektif untuk kondisi yang diagnosis. Resep obat juga harus dikenal oleh regulator farmasi di negara tempat Anda menggunakan resep tersebut. Meskipun Anda bisa membeli obat secara legal tanpa resep dokter di negara itu, Anda harus mendapat resep agar biaya ditanggung. Anda bisa mengklaim biaya hingga 3 bulan sejak tanggal resep, sesuai lamanya sisa waktu pada polis.

Resep obat gigi adalah resep yang diberikan oleh dokter gigi untuk pengobatan peradangan atau infeksi gigi. Resep obat harus terbukti efektif untuk kondisi tersebut dan diakui oleh regulator farmasi di negara tersebut. Resep obat tidak termasuk obat kumur, produk fluoride, gel antiseptik dan pasta gigi.

Riwayat keluarga adalah ketika orang tua, nenek/kakek, saudara kandung atau anak sebelumnya didiagnosis dengan kondisi medis yang dimaksud.

Riwayat keluarga langsung adalah ketika orang tua, nenek/kakek, saudara kandung atau anak yang sebelumnya didiagnosis dengan kondisi medis yang dimaksud.

Rumah jompo atau rumah pemulihan adalah perawatan yang diterima langsung setelah, atau sebagai pengganti, rawat inap yang diperbolehkan atau perawatan sehari. Kami akan membayarkan manfaat yang tercatat pada

Daftar Manfaat jika dokter yang merawat memutuskan bahwa ini diperlukan secara medis bagi Anda untuk tinggal di rumah pemulihan atau memiliki perawat pendamping di rumah. Manfaat ini juga harus disetujui oleh Direktur Medis kami. Manfaat ini tidak menanggung spa, pusat penyembuhan, resor kesehatan, perawatan paliatif atau perawatan jangka panjang (lihat definisi 'Perawatan paliatif' dan 'Perawatan jangka panjang').

Rumah sakit adalah lembaga yang memiliki lisensi sebagai rumah sakit medis atau bedah di negara tempat rumah sakit beroperasi dan ketika pasien secara permanen diawasi oleh dokter. Berikut yang bukan dianggap sebagai rumah sakit: rumah peristirahatan dan rumah jompo, spa, pusat penyembuhan dan health resort (pusat perawatan).

S

Saran medis adalah opini medis, rekomendasi atau informasi medis yang diberikan oleh profesional medis.

Saran umum adalah opini medis atau rekomendasi medis dari lembaga profesional terakreditasi terkait dengan kondisi atau perawatan medis yang memastikan, dalam opini yang wajar, praktik atau opini medis yang umum.

Sertifikat Asuransi adalah dokumen yang kami keluarkan yang berisi informasi santunan Anda. Sertifikat ini menerangkan bahwa perusahaan Anda memiliki polis asuransi grup dengan kami.

Skrining kanker untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit meliputi pemeriksaan kesehatan, tes dan pemeriksaan, yang dilakukan dengan jangka waktu yang sesuai, yang dilakukan tanpa adanya gejala klinis.

Sleep apnea adalah gangguan tidur yang terjadi saat pernapasan terganggu atau periode henti napas secara berulang pada saat tidur. Jika manfaat ini tercantum dalam Daftar Manfaat Anda, kami akan memberikan santunan untuk perawatan medis yang diperlukan dan prosedur diagnostik terkait diagnosis sleep apnea terkonfirmasi atau diduga. Biaya yang ditanggung dalam manfaat ini adalah biaya profesional, sleep study medis yang diperlukan, tes diagnostik lain yang diperlukan, alat bantu medis dan obat, hingga batasan yang tercantum pada Daftar Manfaat Anda. Harap dicatat bahwa bukti kebutuhan medis diperlukan.

Spesialis dokter berlisensi yang memiliki kualifikasi tambahan dan keahlian yang diperlukan untuk digunakan sebagai spesialis yang diakui dalam teknik diagnostik, perawatan dan pencegahan bidang kedokteran tertentu.

Sunat elektif untuk bayi laki-laki baru lahir adalah biaya prosedur operasi sirkumsisi (sunat) elektif yang dilakukan pada bayi laki-laki baru lahir serta konsultasi lanjutan yang diperlukan.

T

Tahun Asuransi berlaku dari tanggal efektif polis Anda, seperti tercantum pada Sertifikat Asuransi dan berakhir pada tanggal kedaluwarsa Perjanjian Perusahaan. Tahun Asuransi berikutnya bersamaan dengan tahun yang ditentukan dalam Perjanjian Perusahaan.

Tanggal berlaku adalah tanggal Anda pertama kali mendaftar, atau mendaftar ulang jika ada jeda dalam santunan Anda.

Tanggal efektif adalah hari pertama kami menjamin Anda menurut rencana dalam Tahun Asuransi, sebagaimana tercantum pada Sertifikat Asuransi.

Tanggung adalah pasangan atau partner Anda dan anak-anak yang belum menikah yang disebut tanggungan dalam Sertifikat Asuransi Anda. Anak-anak ditanggung hingga pada hari sebelum ulang tahun ke-18; atau hingga hari sebelum ulang tahun mereka ke-26 jika mereka mengikuti pendidikan penuh waktu.

Terapi bicara adalah perawatan yang dilakukan oleh terapis bicara berpengalaman untuk mengobati kelainan fisik yang didiagnosis. Terapi ini mencakup kondisi-kondisi seperti hidung tersumbat, kelainan neurogenik (mis. lingual paresis, cedera otak) atau gangguan artikulasi yang berhubungan dengan struktur otak (mis. bibir sumbing).

Terapi okupasi adalah perawatan yang membantu Anda mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk kehidupan setiap hari dan interaksi dengan orang lain dan lingkungan. Ini merujuk pada:

- Keterampilan motorik halus dan kasar (cara Anda melakukan gerakan kecil, tugas yang sesuai dan gerakan seluruh tubuh).
- Integrasi sensor (cara otak mengatur respons ke indra Anda).
- Koordinasi, keseimbangan dan keterampilan lain seperti memakai baju, makan dan berpenampilan.

Kami akan melihat laporan kemajuan setelah 20 sesi.

Terapi penggantian hormon adalah penggunaan hormon wanita untuk penghilang gejala karena berakhirnya fungsi indung telur, yaitu ketika menopause alami atau setelah operasi pengangkatan indung telur. Santunan diberikan untuk biaya dokter, biaya spesialis serta biaya rese

Terapis adalah ahli chiropractic, ahli osteopati, podiatris, praktisi Pengobatan Tradisional Cina, homeopat, ahli akupunktur, praktisi ayurveda, fisioterapis, terapis bicara, terapis okupasi, atau terapis okulomotor, yang berpengalaman dan berlisensi menurut hukum negara di mana perawatan dilakukan.

Tertanggung adalah Anda dan tanggungan Anda sebagaimana disebutkan pada Sertifikat Asuransi.

Tes alergi adalah kunjungan ke dokter berlisensi untuk melakukan tes dan mencari tahu apakah gejala berhubungan dengan alergi. Jika termasuk dalam rencana Anda sebagai manfaat khusus, santunan terbatas pada jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

Tes diagnostik mengacu pada pemeriksaan seperti x-ray atau tes darah, yang dilakukan untuk tujuan diagnostik. Tes-tes ini ditanggung ketika Anda sudah menunjukkan gejala atau ketika dibutuhkan setelah hasil tes lainnya. Manfaat ini tidak menanggung pemeriksaan tahunan atau skrining rutin.

Tes sebelum perawatan adalah test sebelum perawatan rawat jalan yang dilakukan dalam 72 jam sebelum perawatan rawat inap atau sehari yang ditanggung di bawah rencana Anda.

Transplantasi organ adalah transplantasi organ atau jaringan: jantung, jantung/katup, jantung/paru-paru, hati, pankreas, pankreas/ginjal, ginjal, sumsum tulang, paratiroid, otot/kerangka dan kornea. Kami tidak memberi penggantian atas biaya organ yang didapatkan.

V

Vaksinasi adalah:

- Semua imunisasi dasar dan suntikan booster yang diharuskan oleh hukum di negara di mana semua vaksin ini diberikan.
- Vaksinasi Covid-19*, di mana vaksinasi ini tidak diberikan secara gratis atau hanya sebagian disponsori oleh pemerintah di negara tempat tinggal Anda.

- Vaksinasi perjalanan yang diperlukan secara medis.
- Tablet pencegah malaria.

Kami menanggung biaya konsultasi untuk pemberian vaksin dan biaya obatnya.

*Kami menanggung vaksin Covid-19 apabila:

- Vaksin tersebut telah melalui proses pengembangan klinis yang diperlukan, termasuk semua uji klinis pralicensi (fase I, II dan III) yang membuktikan keefektifan dan keamanannya.
- Vaksin telah melalui beberapa tahapan proses persetujuan dari lembaga pengatur terkait dan disahkan penggunaannya dalam yurisdiksi di tempat Anda membutuhkannya.
- Vaksin ini tidak diberikan secara gratis atau hanya sebagian disponsori oleh pemerintah di negara tempat tinggal Anda.

Kami menanggung biaya vaksin Covid-19 yang sesuai, termasuk pemberian suntikan, sesuai dengan kebijakan kesehatan publik yang menyangkut alokasi vaksin. Kami tidak membayar biaya perjalanan jika Anda memutuskan untuk bepergian ke negara lain dari tempat tinggal Anda untuk mendapatkan vaksinasi. Harap dicatat bahwa santunan tidak ditujukan untuk memberi Anda akses prioritas vaksin.

W

Wajar dan biasa adalah biaya perawatan yang wajar di negara di mana perawatan diberikan. Kami hanya akan mengganti biaya penyedia medis ketika biaya yang timbul sesuai dan menurut prosedur medis standar dan bisa diterima secara umum.

Y

Yang bisa diduga adalah kondisi medis yang, dalam pendapat logika kita, bisa diantisipasi.

Pengecualian

Meskipun kami menanggung perawatan yang secara medis diperlukan, kami tidak menanggung biaya berikut kecuali tercantum sebaliknya dalam Daftar Manfaat atau dalam pengesahan polis tertulis.

AKUISISI ORGAN

Biaya untuk akuisisi organ seperti, tetapi tidak terbatas untuk pencarian donor, pencocokan, pemindahan, biaya transportasi dan administrasi.

KONTAMINASI KIMIAWI DAN RADIOAKTIF

Perawatan untuk kondisi medis yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kontaminasi kimiawi, radioaktif atau bahan nuklir, termasuk pembakaran bahan bakar nuklir.

PERAWATAN PENDAMPING

Perawatan pendamping, dengan pengecualian perawatan yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

KOMPLIKASI YANG DISEBABKAN OLEH KONDISI YANG TIDAK DITANGGUNG DALAM RENCANA ANDA

Biaya yang timbul karena komplikasi yang disebabkan langsung dari penyakit, cedera atau perawatan yang tidak termasuk atau terbatas dalam rencana Anda.

KONSULTASI YANG DILAKUKAN OLEH ANDA ATAU ANGGOTA KELUARGA

Konsultasi yang dilakukan dan obat-obatan atau perawatan yang diresepkan untuk Anda, pasangan, orang tua atau anak-anak Anda.

VENEER GIGI

Veener gigi dan prosedur terkait.

KETERLAMBATAN PERKEMBANGAN

Keterlambatan dalam perkembangan kognitif atau fisik, kecuali seorang anak belum mencapai masa perkembangan yang diharapkan untuk anak seusianya. Kami tidak menanggung kondisi-kondisi di mana seorang anak agak atau untuk sementara tertinggal

dalam perkembangan. Keterlambatan perkembangan telah diukur secara kuantitatif oleh profesional medis berpengalaman dan dicatat sebagai keterlambatan perkembangan minimal 12 bulan.

KECANDUAN OBAT ATAU ALKOHOLISME

Pelayanan dan/atau perawatan kecanduan obat atau alkoholisme (termasuk program detoksifikasi dan perawatan untuk berhenti merokok), kematian karena kecanduan obat atau alkoholisme, atau perawatan kondisi yang dalam opini kami yang wajar berkaitan dengan, atau akibat langsung dari, alkoholisme atau kecanduan (mis. kegagalan organ atau demensia).

PERAWATAN ATAU TERAPI OBAT PERCOBAAN ATAU YANG BELUM TERBUKTI

Jenis perawatan atau terapi obat yang menurut opini kami yang wajar bersifat percobaan atau belum terbukti, berdasarkan pada praktik medis yang diterima secara umum.

PERAWATAN KOSMETIK

adalah perawatan kosmetik atau estetis untuk menambah penampilan Anda, bahkan ditentukan secara medis. Ini termasuk perawatan yang dilakukan oleh dokter bedah plastik, baik untuk tujuan medis/psikologis atau bukan. Berikut pengecualian yang berlaku:

- Operasi rekonstruktif yang diperlukan untuk mengembalikan fungsi atau bentuk asli setelah mengalami kecelakaan atau sebagai akibat operasi kanker, jika kecelakaan atau operasi awal juga ditanggung oleh polis ini.
- Operasi untuk mengubah jenis kelamin, jika Anda memenuhi kriteria untuk layanan gangguan identitas gender (disforia gender).

KEGAGALAN UNTUK Mencari ATAU Mengikuti Saran Medis

Perawatan yang diperlukan karena kegagalan mendapatkan atau mengikuti saran medis.

TERAPI DAN KONSELING KELUARGA

Biaya untuk terapis atau konselor keluarga untuk perawatan psikoterapi rawat jalan.

BIAYA UNTUK PENGISIAN CLAIM FORM (FORMULIR KLAIM)

Biaya dokter untuk pengisian Formulir Klaim atau biaya administrasi lainnya.

UJI GENETIK

Uji genetik, kecuali:

- a) Tes genetik tertentu dimasukkan dalam rencana Anda.
- b) Tes DNA langsung ditautkan dengan amniosentesis yang diperbolehkan yaitu untuk wanita berusia 35 tahun ke atas.
- c) Uji untuk reseptor genetik tumor ditanggung.

KUNJUNGAN RUMAH

Kunjungan rumah, kecuali diperlukan setelah ada serangan tiba-tiba penyakit akut yang menyebabkan ketidakmampuan Anda mengunjungi dokter atau terapis.

PERAWATAN INFERTILITAS

Perawatan infertilitas termasuk reproduksi atau perawatan berbantu medis untuk masalah medis yang ditimbulkannya, kecuali Anda memiliki manfaat khusus untuk perawatan infertilitas atau memiliki manfaat rawat jalan yang diperlukan yang memberi pertanggungjawaban pemeriksaan noninvasif hingga penyebab infertilitas (seperti biaya 'Dokter', 'Biaya spesialis' dan tes 'Diagnostik').

CEDERA KARENA OLAHRAGA PROFESIONAL

Perawatan atau prosedur diagnostik untuk cedera karena mengikuti olahraga profesional.

PENYAKIT YANG DISENGAJA ATAU CEDERA YANG DITIMBULKAN SENDIRI

Pelayanan dan/atau perawatan penyakit yang disengaja atau cedera yang ditimbulkan sendiri, termasuk usaha bunuh diri.

KERONTOKAN RAMBUT DAN TRANSPLANTASI RAMBUT

Pemeriksaan dan perawatan untuk kerontokan rambut, termasuk transplantasi rambut kecuali kerontokan rambut karena perawatan kanker.

KESALAHAN MEDIS

Perawatan yang diperlukan karena kesalahan medis.

JENAZAH

Pembelian lahan makam, atau biaya pemakaman, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, bunga dan biaya pengurus pemakaman.

PERAWATAN OBESITAS

Pemeriksaan dan perawatan untuk obesitas, termasuk operasi bariatrik, pil atau suplemen diet, keanggotaan klub kesehatan, program diet atau program gangguan makan di rumah.

PERAWATAN ORTOMOLEKULAR

Lihat definisi 'Perawatan Ortomolekular'.

KEIKUTSERTAAN DALAM PERANG ATAU TINDAKAN KRIMINAL

Kematian karena atau perawatan untuk sakit, penyakit atau cedera karena keikutsertaan aktif berikut, meskipun perang atau bukan:

- Perang
- Kerusuhan
- Ketegangan masyarakat
- Terorisme
- Tindakan kriminal
- Tindakan ilegal
- Tindakan menentang permusuhan asing

SEBELUM PERSALINAN DAN SETELAH PERSALINAN

Kelas sebelum persalinan dan setelah persalinan.

KEADAAN YANG SUDAH ADA SEBELUMNYA (BERLAKU UNTUK POLIS DENGAN FULL MEDICAL UNDERWRITING ATAU CPME/CTT SEBELUMNYA FMU)

Kondisi yang sudah ada sebelumnya (termasuk kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya) ketika:

- Dinyatakan dalam Special Conditions Form (Formulir Kondisi Khusus) yang kami keluarkan sebelum polis Anda berlaku
- Kondisi tidak diungkapkan pada formulir permohonan
- Kondisi timbul pada saat mengisi formulir permohonan dan setelah itu:
 - Tanggal kami mengeluarkan Sertifikat Asuransi Anda atau
 - Tanggal berlaku polis Anda

Kondisi tersebut juga akan mengikuti underwriting medis dan jika tidak diungkapkan, tidak akan ditanggung.

KONDISI YANG SUDAH ADA SEBELUMNYA (BERLAKU UNTUK POLIS DENGAN MORATORIUM ATAU CPME/CTT SEBELUMNYA MORI)

Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya ketika satu atau lebih berikut ini telah berlaku dalam jangka waktu 24 bulan sebelum tanggal bergabung (atau tanggal yang tercantum dalam Sertifikat Asuransi Anda):

- Ini cukup bisa dilihat bahwa kondisi medis akan terjadi setelah tanggal berlaku polis Anda.
- Kondisi terlihat sangat jelas.
- Anda mengalami tanda atau gejala kondisi tersebut.
- Anda meminta saran tentang kondisi tersebut.
- Anda mendapatkan perawatan dari kondisi tersebut.
- Berdasarkan pengetahuan terbaik Anda, Anda mengetahui kondisi tersebut.

Setelah Anda menyelesaikan periode 24 bulan terus menerus setelah tanggal Anda bergabung, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya mungkin ditanggung asalkan Anda tidak memiliki gejala, perawatan yang diperlukan/diterima, pengobatan, diet atau saran khusus, atau memiliki indikasi kondisi lain.

PRODUK YANG DIBELI TANPA RESEP

Produk yang dibeli tanpa resep dokter.

PENGGANTIAN KELAMIN

Operasi terkait penggantian kelamin dan perawatan terkait seperti:

- Blefaroplasti
- Implan pipi/malar
- Implan dagu/hidung
- Suntik kolagen
- Pengencangan wajah/dahi
- Pengurangan tulang wajah (osteoplasti)
- Penghilangan rambut/transplantasi rambut
- Pengurangan rahang
- Laringoplasti
- Rinoplasti
- Skin resurfacing/Perawatan kulit dengan laser (mis. dermabrasi, pengelupasan kimiawi)
- Kondroplastik pengurangan tiroid
- Pengencangan leher

- Penebalan bibir
- Suntik botox dan filler

GANGGUAN TIDUR

Perawatan gangguan tidur, termasuk insomnia, sleep apnea obstruktif, narkolepsi, mendengkur dan bruxism (gesekan gigi).

TERAPI BICARA

Terapi bicara yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan, disleksia, dispraksia atau gangguan mengeluarkan bunyi bahasa.

TINGGAL DI CURE CENTRE (PUSAT PENYEMBUHAN)

Tinggal di cure centre, bath centre, spa, health resort dan recovery centre (pusat pemulihan), meskipun menginap ditentukan secara medis.

STERILISASI, DISFUNGI SEKSUAL DAN KONTRASEPSI

Pemeriksaan, perawatan dan komplikasi yang terjadi karena:

- Sterilisasi.
- Disfungsi seksual (kecuali karena prostatektomi total setelah operasi kanker).
- Kontrasepsi (termasuk pemasangan dan pelepasan alat kontrasepsi dan semua kontraseptif lain) kecuali ditentukan sebagai alasan medis yang tidak berkaitan dengan pengendalian kelahiran.

ZAT, PRODUK PRIBADI DAN SUPLEMEN DIET

Zat, produk pribadi dan suplemen diet termasuk vitamin dan mineral (kecuali selama kehamilan untuk mengobati diagnosis sindrom kekurangan vitamin), obat kumur, pasta gigi, pelega tenggorokan antiseptik dan semprotan, sampo, tabir surya, produk kosmetik, pembersih tangan, sarung tangan, masker, visor, termometer, makanan anak-anak, persediaan bayi dan susu formula yang diberikan melalui mulut. Produk-produk ini tidak termasuk meskipun dianjurkan, diresepkan secara medis atau diketahui mempunyai efek terapeutik. Biaya yang ditimbulkan karena konsultasi nutrisi atau diet juga tidak ditanggung, kecuali manfaat khusus tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

SUROGASI

Perawatan yang secara langsung berkaitan dengan surogasi apakah Anda bertindak sebagai ibu pengganti, atau orang tua.

TERMINASI KEHAMILAN

Terminasi kehamilan, apabila hidup ibu hamil dalam kondisi bahaya.

BIAYA PERJALANAN

Biaya perjalanan ke dan dari fasilitas medis (termasuk biaya parkir) untuk perawatan, kecuali ketika ditanggung dalam manfaat 'Ambulans Lokal', 'Evakuasi medis' dan manfaat 'Repatriasi medis'.

PERAWATAN DI AS DALAM KASUS BERIKUT

Perawatan di AS jika kami yakin bahwa santunan dikeluarkan untuk tujuan perjalanan ke AS untuk mendapat perawatan untuk kondisi atau gejala yang Anda alami:

- sebelum menjadi tertanggung dengan kami
- sebelum memiliki wilayah pertanggung di AS

Jika kami membayarkan klaim dalam situasi-situasi ini, kami berhak untuk mendapat penggantian dari Anda.

PERAWATAN DI LUAR AREA WILAYAH CAKUPAN

Perawatan di luar area wilayah cakupan kecuali untuk darurat atau diberi wewenang dari kami.

TES TRIPLE/BART, QUADRUPLE ATAU SPINA BIFIDA

Tes Triple/Bart, Quadruple atau Spina Bifida, kecuali untuk wanita usia di atas 35 tahun.

KAPAL LAUT

Evakuasi/repatriasi medis dari kapal laut ke fasilitas medis di darat.

MANFAAT YANG TIDAK ADA DALAM DAFTAR MANFAAT ANDA

Berikut manfaat atau akibat atau komplikasi yang merugikan terkait, kecuali dinyatakan sebaliknya dalam Daftar Manfaat Anda:

- Komplikasi kehamilan dan persalinan.
- Kelainan bawaan.
- Perawatan gigi, operasi gigi, periodonti, ortodonti, implan gigi dan prostesis gigi. Pengecualian satu-satunya adalah prosedur melalui mulut dan prosedur operasi maksilofasial, yang ditanggung dalam seluruh batasan Core Plan Anda.
- Biaya ahli gizi.

- Sunat elektif untuk bayi laki-laki baru lahir
- Perawatan gigi darurat.
- Biaya untuk satu orang pendamping orang yang dievakuasi/direpatriasi.
- Pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan kebugaran termasuk skrining untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit.
- Perawatan HIV/AIDS.
- Melahirkan di rumah.
- Homeopati, obat herbal Cina, pijat Tui na, bekam, pengaturan posisi tulang, akupunktur dan perawatan ayurveda.
- Terapi penggantian hormon.
- Perawatan infertilitas.
- Perawatan psikiatri dan psikoterapi rawat inap.
- Perawatan laser mata.
- Evakuasi medis pada saat perawatan nondarurat.
- Repatriasi medis.
- Perawatan psikiatri dan psikoterapi rawat jalan.
- Pelayanan rawat jalan.
- Perawatan paliatif
- Resepacamata dan lensa kontak termasuk pemeriksaan mata.
- Resep alat bantu medis.
- Perawatan operasi pencegahan.
- Biaya repatriasi jenazah atau pemakaman.
- Melahirkan normal.
- Biaya perjalanan anggota keluarga bertanggung pada saat evakuasi/repatriasi.
- Biaya perjalanan anggota keluarga bertanggung pada saat repatriasi jenazah.
- Biaya perjalanan anggota bertanggung yang merupakan anggota keluarga yang berisiko kematian atau yang telah meninggal.

MANFAAT MENINGGAL KARENA KECELAKAAN

Manfaat meninggal karena kecelakaan, jika kematian bertanggung disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh:

- Keikutsertaan aktif dalam perang, kerusuhan, ketegangan masyarakat, terorisme, tindakan kriminal, tindakan ilegal atau tindakan menentang permusuhan asing, meskipun perang atau bukan.
- Penyakit yang disengaja atau cedera yang ditimbulkan sendiri, termasuk bunuh diri, dalam satu tahun dari tanggal pendaftaran polis.


- Keikutsertaan aktif dalam kegiatan bawah tanah atau bawah laut seperti penambangan bawah tanah atau menyelam laut dalam.
- Kegiatan di atas air (seperti platform oli atau anjungan lepas pantai) dan kegiatan di udara, kecuali secara khusus ditanggung menurut Perjanjian Perusahaan.
- Kontaminasi kimia atau biologis, radioaktif atau kontaminasi bahan nuklir, termasuk pembakaran bahan bakar nuklir.
- Risiko perang pasif:
 - Berada di negara di mana pemerintah Inggris telah menyarankan agar warganya pergi (kondisi ini akan berlaku terlepas tanpa memandang kebangsaan bertanggung) dan telah menyarankan mengenai "semua perjalanan" ke lokasi itu atau
 - Perjalanan ke atau menginap, selama lebih dari 28 hari per tinggal di negara atau wilayah di mana pemerintah Inggris menyarankan "menentang semua kecuali perjalanan yang penting".
 - Pengecualian risiko perang pasif berlaku tanpa memandang apakah klaim timbul secara langsung atau tidak langsung sebagai akibat dari perang, kerusakan, ketegangan masyarakat, terorisme, tindakan kriminal, tindakan ilegal atau tindakan menentang permusuhan asing, apakah perang telah dinyatakan atau belum.
- Berada di bawah pengaruh obat atau alkohol.
- Kematian yang terjadi lebih dari 365 hari setelah terjadinya kecelakaan.
- Eksposur bahaya yang disengaja, kecuali dalam usaha menyelamatkan jiwa manusia.
- Penghirupan gas yang disengaja atau menelan racun atau obat yang dilarang hukum yang disengaja.
- Menerbangkan pesawat terbang, termasuk helikopter, kecuali bertanggung sebagai penumpang dan pilotnya berlisensi, atau pilot militer dan telah mengajukan penerbangan yang dijadwalkan ketika diminta oleh peraturan setempat.
- Keikutsertaan aktif dalam olahraga ekstrem atau profesional termasuk, tetapi tidak terbatas pada:
 - Olahraga gunung seperti turun tebing, mendaki gunung, dan balapan apa pun (kecuali balapan dengan kaki).
 - Olahraga salju seperti bobsleigh, luge, mendaki gunung, skeleton, skiing off-piste dan snowboarding off-piste.
 - Olahraga berkuda seperti berburu dengan berkuda, palang rintang, polo, lari halang rintang atau pacuan kuda.
 - Olahraga air seperti potholing (susur gua) atau penyelaman gua, selam skuba hingga kedalaman lebih dari 10 meter, loncat indah, arum jeram dan canyoning.
 - Olahraga mobil dan sepeda motor seperti mengendarai sepeda motor dan quad biking (segala medan).
 - Olahraga tarung.

- Olahraga di udara seperti penerbangan ultraringan, balon terbang, layang gantung, paralayang, paralayar dan terjun payung.
- Olahraga lainnya seperti bungee jumping (terjun lenting).

Hubungi kami, kami dengan senang hati membantu!

Jika Anda mempunyai pertanyaan, silakan menghubungi kami:

Helpline 24/7 untuk pertanyaan umum dan bantuan darurat

 +60 3 92127820

Nomor bebas biaya: www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html

Panggilan ke Helpline kami akan direkam dan bisa didengarkan untuk tujuan pelatihan, kualitas dan peraturan. Harap dicatat bahwa hanya pemegang polis (atau perwakilan yang ditunjuk) atau Group Scheme Manager yang bisa membuat perubahan pada polis. Pertanyaan seputar keamanan akan diberikan kepada semua penelepon untuk memverifikasi identitas.

 Email: asia.helpline@allianz.com

 Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

 <https://www.allianzcare.com/summit/Indonesia>



Employee Benefit Guide

Summit – International Healthcare Plans for Indonesia
Valid from 1st March 2023

Welcome

Summit international healthcare plans for Indonesia are offered through our partnership with Allianz Care. You and your family can depend on us to give you access to the best care possible.

This guide has two parts: “How to use your cover” is a summary of all important information you are likely to use on a regular basis. “Terms and conditions of your cover” explains your cover in more detail. To make the most of your international healthcare plan, please read this guide together with your Insurance Certificate and Table of Benefits.

How to use your cover

Support services	5
Understanding how your cover works	16
Seeking treatment?	20
Additional information about claiming for your expenses	25

Terms and conditions of your cover

Administration of your policy	30
Paying premiums	35
The following terms also apply to your cover	37
Data protection	40
Complaints procedure	41
Definitions	42
Exclusions	55

The policies are issued and covered by PT Asuransi Central Asia. Registered address: Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

This insurance product belongs to PT Asuransi Central Asia. PT Asuransi Central Asia is responsible for the issuance of the policy and has the right to reject claims made not in accordance with the terms and conditions written in the policy.

How to use your cover



Support services

We believe in providing you with the top-quality service that you deserve. In the following pages we describe the full range of services we offer. Read on to discover what is available to you, from our MyHealth Digital Services to the Employee Assistance Programme.

Talk to us, we love to help!

Our multilingual Helpline is available 24 hours a day, 7 days a week, to handle any questions about your policy or if you need assistance in an emergency.

Helpline



Phone: +60 3 92127820

For our latest list of toll-free numbers, please visit:

www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html



Email: asia.helpline@allianz.com

Did you know...

...that most of our members find that their queries are handled quicker when they call us?

MyHealth Digital Services

Through MyHealth, available as a mobile app and online portal, you have easy and convenient access to your cover, no matter where you are or what device you are using.

MyHealth app and online portal features



My policy

Access your policy documents and membership card on the go.



My claims

Submit your claims in 3 simple steps and view your claims history.



My contacts

Access our 24/7 multilingual Helpline. Live chat is also available (in English and on the online portal only).



Symptom checker

Get a quick and easy assessment of your symptoms.



Provider finder

Locate medical providers nearby.



Pharmacy aid

Look up the local equivalent names of branded drugs.



Medical term translator

Translate names of common ailments into 17 languages.



Emergency contact

Access local emergency numbers worldwide.

Additional useful features

- Update your details online: email, phone number, password, address (if it's the same country as the previous address), marketing preferences, etc.
- View the remaining balance of each benefit which is in your Table of Benefits
- Pay your premium online and view payments received
- Add or change your credit card details (if you are responsible for paying your own premium, rather than your employer)

All personal data within MyHealth Digital Services is encrypted for data protection.

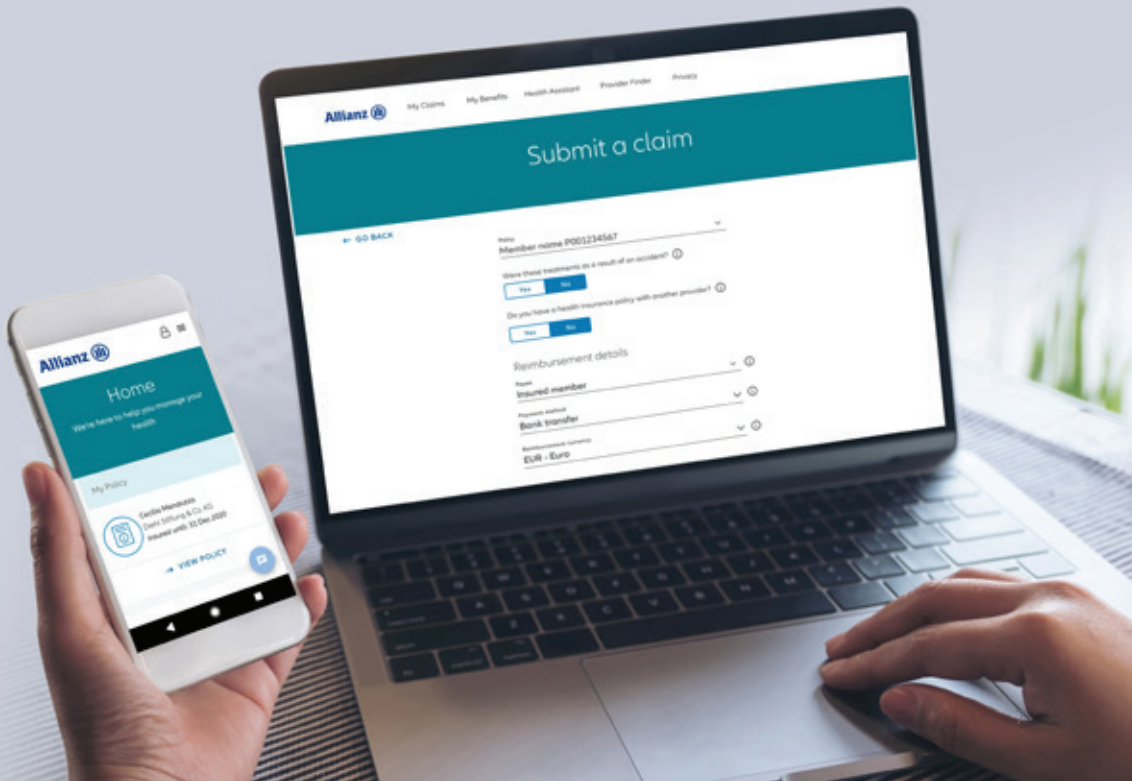
Getting started:

1. Login to MyHealth online portal to register. Go to <https://my.allianzcare.com/myhealth>, click on "REGISTER HERE" near the bottom of the page and follow the on-screen instructions. Be ready to provide your policy number, which you can find in your Insurance Certificate.
2. As an alternative, you can register via our MyHealth App. To download it, search for "Allianz MyHealth" on the Apple App Store or Android's Google Play service.



3. Once set up, you can use the email (username) and password you provided during registration to login to MyHealth online portal or app. The same login details are used for both and in the future, if you change login details for one, it will automatically apply to the other. You don't need to change them in both places. We also offer a biometric login option for the app, for example Touch ID or Face ID, where supported by your device.

For more information, please visit www.allianzcare.com/en/myhealth.html



Web-based services

On www.allianzcare.com/members you can:


- Search for medical providers (you are not restricted to using the providers listed in our directory)
- Download forms
- Access our Health Guides
- Access our "My expat life" hub – from planning to move, to settling down in your new country, you'll find everything you need to know about moving overseas

Second Medical Opinion**

As your health partner, we aim to provide reassurance. Have you been diagnosed with a serious illness or had surgery recommended? Do you want expert help on the best treatment options available and where to get the most appropriate treatment? As part of your cover you have access to our Second Medical Opinion service.

When you access this service, we assign to you a dedicated case manager, i.e. a healthcare professional from our own Medical Team to guide and assist you. Your case manager will ask you to provide all the necessary information about your medical case: then he/she will help you find a hospital, doctor or specialist for the Second Medical Opinion and provide the opinion to you.

To access our service, simply contact us:

 + 353 1 630 1301

 medical.smo@allianz.com

...and ask for the Second Medical Opinion service. You will need to state your policy number for identification.



Olive - Allianz Care's Health and Wellness support program

Your first steps towards a healthier life.

In today's increasingly busy and ever-changing world we recognise the importance of staying healthy and we firmly believe that prevention is better than cure. Olive**, our proactive care engine, is designed to motivate and guide you towards a healthier life. It includes the Health and Wellness hub and our HealthSteps app.

1. Health and Wellness hub

Our Health & Wellness Hub, accessible via our MyHealth Digital Services (mobile app and portal), offers you a range of services gathered in one convenient place to support you on your journey to a long, happy and healthy life.

On the Hub you will have access to:

- Tips and articles on topics such as sleep, fitness, nutrition and emotional wellbeing.
- Online health assessments**.
- Our BMI calculator.
- Our monthly live health and wellness webinars, with Q&A session, delivered by specialists.



2. HealthSteps app**

Did you know that by maintaining a healthy lifestyle, you may reduce the risk of developing medical conditions? The Allianz HealthSteps app was designed to give personalised guidance and help you reaching your health and fitness goals. By connecting to smart phones, wearables devices and other apps, HealthSteps monitors the number of steps taken, calories burned, sleep schedule and more.

HealthSteps features:



Plan

Choose a health goal and use the action plans to adopt and maintain good health habits:

- Lose weight
- Improve posture
- Sleep better
- Eat healthy
- Get moving and energised
- Stay healthy
- Reduce stress
- Lower blood pressure



Challenges

Join monthly challenges and get encouragement from other HealthSteps users by sharing your performance and competing against each other on group challenges. These challenges are based on steps, calories and distance.



Progress

Connect with popular health and activity trackers and monitor your progress against goals you set for yourself.



Library

Access articles and get tips and advice on how to live and maintain a healthy life.

Download the "Allianz HealthSteps" app from App Store or Google Play.




Video consultation services via Telehealth Hub**

If your plan includes the 'Video consultation services' benefit, you have direct access to online doctor appointments where a provider is available in your geographical location.

With the Telehealth Hub, you can save time by seeing a doctor via video from the comfort of your own home or office. Offering a secure and confidential service, our telehealth network of doctors can provide medical advice, recommend treatments and offer prescriptions for non-emergency concerns.

The service is accessible via MyHealth portal or directly via our TeleHealth platform at:

 www.allianzcare.com/telehealthhub

An appointment can be made to speak to a medical practitioner in English, subject to availability. Some third party providers may offer the service in additional languages.

Depending on your geographical location, local country regulations and insurance plan coverage, the teleconsultation service may also offer prescriptions.

In countries where a teleconsultation service is not yet available, you can always call our 24/7 medical advice helpline – this service is offered in English, German, French and Italian. The phone number is available on TeleHealth Hub.



Employee Assistance Programme (EAP)**

When challenging situations arise in life or at work, our Employee Assistance Programme provides you and your dependants with immediate and confidential support. EAP, where provided, is shown in your Table of Benefits.

This professional service is available 24/7 and offers multilingual support on a wide range of challenges, including:

- Work/Life balance
- Family/Parenting
- Relationships
- Stress, depression, anxiety
- Workplace challenges
- Cross-cultural transition
- Cultural shock
- Coping with isolation and loneliness
- Addiction concerns

Support services include:



Confidential professional counselling

Receive 24/7 support with a clinical counsellor through live online chat, face to face, phone, video or email.



Critical incident support

Receive immediate critical incident support during times of trauma or crisis. Our wide-ranging approach provides stabilization and reduces stress associated with incidents of trauma or violence.



Legal and financial referral services

Whether it's help buying a home, handling a legal dispute or creating a comprehensive financial plan, we will refer you to a third-party advisor who can help answer your questions and reach your goals.



Access to the wellness website and app

Discover online support, tools and articles for help and advice on health and wellbeing.

Let us help:

 +1 905 886 3605

This is not a free phone number. If you need a local number, please access the wellness website and you will find the full list of our 'International Numbers'.

Your calls are answered by an English-speaking agent, but you can ask to talk to someone in a different language. If an agent is not available for the language you need, we will organise interpreter services.

 <https://www.allianzcare.com/eap-login> (available in English, French and Spanish)

 Download the Lifeworks app in Google Play or Apple Store:



Login on the website or the app using the following details:

Username: AllianzCare

Password: Expatriate

Travel Security Services**

As the world continues to witness an increase in security threats, Travel Security Services offer 24/7 access to personal security information and advice for your travel safety queries - via phone, email or website. Your Table of Benefits shows whether your plan includes these services.

You can access:



Emergency security assistance hotline

Talk to a security specialist for any safety concerns associated with a travel destination.



Country intelligence and security advice

Security information and advice about many countries.





Daily security news updates and email travel safety alerts

Sign up and receive alerts about high-risk events in or near your current location, including terrorism, civil unrest and severe weather risks.

To access the Crisis24 Horizon desktop website, go to <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, add your email address and select Create Account. Enter your details and add the Member ID of ALLIANZTSS**

To access the Crisis24 Horizon mobile app, download either the Android or iOS version to your mobile device (you can also search for Crisis24 Horizon in either store), then **sign in** using the same email (username) and password you created above. You can also register directly on the mobile app using the Member ID.

 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

 Download the Crisis24 Horizon app from App store or Google Play.



All Travel Security Services are provided in English. We can arrange for you to use an interpreter where required.

*** Certain services which may be included in your plan are provided by third party providers, such as the Employee Assistance Programme, Travel Security services, HealthSteps app, Second Medical Opinion and tele-medicine services. If included in your plan, these services will show in your Table of Benefits. These services are made available to you subject to your acceptance of the terms and conditions of your policy and the terms and conditions of the third parties. These services may be subject to geographical restrictions. The HealthSteps app does not provide medical or health advice and the wellness resources contained within Olive are for informational purposes only. The HealthSteps app and the wellness resources contained within Olive shouldn't be regarded as a substitute for professional advice (medical, physical or psychological). They are also not a substitute for the diagnosis, treatment, assessment or care that you may need from your own doctor. You understand and agree that the insurer, its reinsurers and administrators are not responsible or liable for any claim, loss or damage, directly or indirectly resulting from your use of any of these third party services.*



Understanding how your cover works

What am I covered for?

You and your dependants are covered for medically necessary treatment and related costs, services and/or supplies as indicated in the Table of Benefits. These are subjected to:

- Policy definitions and exclusions (available in this guide).
- **For policies with full medical underwriting:** Any special conditions shown on your Insurance Certificate (and on the Special Condition Form issued before the policy comes into effect, where relevant).
- **Costs being reasonable and customary:** these are costs that are usual within the country of treatment. We will only reimburse medical providers where their charges are in accordance with standard and generally accepted medical procedures. If we consider a claim to be inappropriate, we reserve the right to decline or reduce the amount we pay.

We generally cover pre-existing conditions (including pre-existing chronic conditions) unless we say otherwise in your policy documents. If in doubt, please check your Table of Benefits to confirm if pre-existing conditions are covered.

If you are uncertain whether your planned medical treatment is covered under your plan, please contact our Helpline.

Where can I receive treatment?

You can receive treatment in any country within your area of cover, as shown in your Insurance Certificate.

If the treatment you need is available locally but you choose to travel to another country in your area of cover, we will reimburse all eligible medical costs incurred within the terms of your policy; except for your travel expenses.

If the eligible treatment is not available locally, and your cover includes the appropriate 'Medical evacuation' benefit, we will also cover travel costs to the nearest suitable medical facility. To claim for medical and travel expenses incurred in these circumstances, you will need to complete and submit the Treatment Guarantee Form before travelling. You are covered for eligible costs incurred in your home country, provided that your home country is in your area of cover.

What are benefit limits?

Your cover may be subject to a **maximum plan benefit**. This is the maximum we will pay in total for all benefits included in the plan per member, per Insurance Year.

If your plan has a maximum plan benefit, it will apply even where:

- The term "Full refund" appears next to the benefit.
- A specific benefit limit applies - this is when the benefit is capped to a specific amount (e.g. \$10,000).

Benefit limits may be provided on a "per Insurance Year" basis, on a "per lifetime" basis or on a "per event" basis (such as per trip, per visit or per pregnancy).

In some instances, in addition to the benefit limit, we will only pay a percentage of the costs for the specific benefit (e.g. 80% refund).

Benefit limits related to maternity

The benefits "Routine maternity" and "Complications of pregnancy and childbirth" are paid on either a "per pregnancy" or "per Insurance Year" basis. Your Table of Benefits will confirm this.

If your maternity benefits are payable on a "per pregnancy" basis

When a pregnancy spans two Insurance Years and the benefit limit changes at policy renewal, the following rules apply:

- In year one – the benefit limits apply to all eligible expenses.
- In year two – the updated benefit limits apply to all eligible expenses incurred in the second year, less the total benefit amount already reimbursed in year one.
- If the benefit limit decreases in year two and we have already paid up to or over this new amount for eligible costs incurred in year one, we will pay no additional benefit in year two.

Limit for multiple-birth babies, all babies born by surrogacy, adopted and fostered children

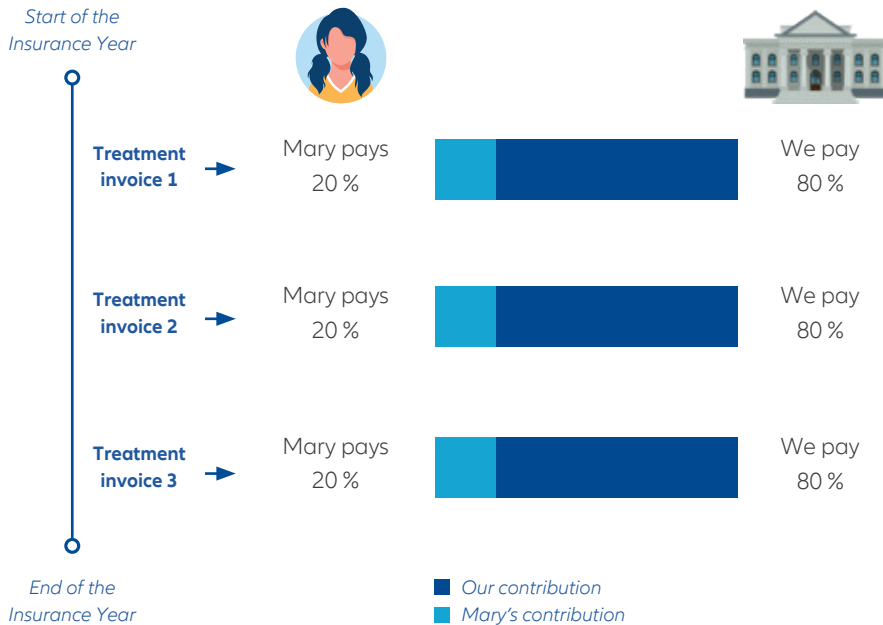
There is a limit for in-patient treatment that takes place in the first three months following birth if the baby:

- was born by surrogacy
- is adopted
- is fostered
- is a multiple-birth baby born as a result of medically assisted reproduction.

This limit is \$40,500 per child and it applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid under the terms of the Out-patient Plan.

What are co-payments?

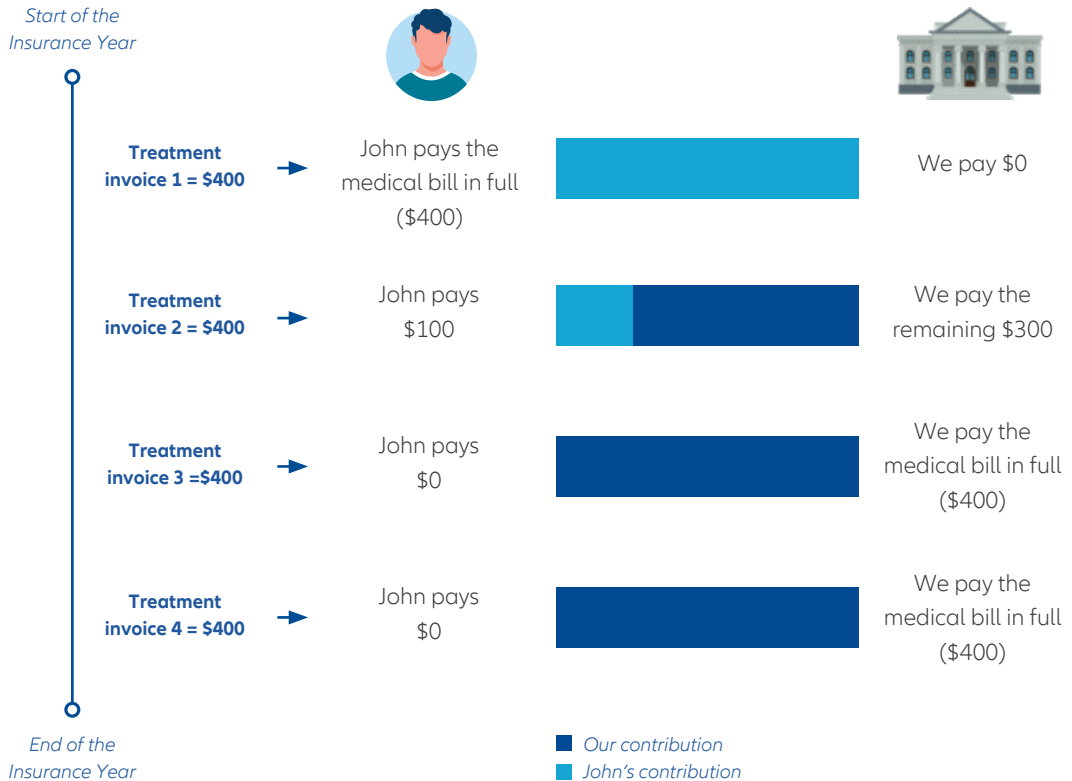
A **co-payment** is when you pay a percentage of the medical costs. Your Table of Benefits will show whether this applies to your plan. In the following example, Mary requires several dental treatments throughout the year. Her dental treatment benefit has a 20% co-payment, which means that we will pay 80% of the cost of each eligible treatment.



The total amount payable by us may be subject to a maximum plan benefit limit.

What are deductibles?

A **deductible** (also known in health insurance as an 'excess') is a fixed amount you need to pay towards your medical bills per period of cover before we begin to contribute. Your Table of Benefits will show whether this applies to your plan. In the following example, John needs to receive medical treatment throughout the year. His plan includes a \$500 deductible.



Seeking treatment?

We understand that seeking treatment can be stressful. Follow the steps below so we can look after the details – while you concentrate on getting better.

Check your level of cover

First, check that your plan covers the treatment you are seeking. Your Table of Benefits will confirm what is covered. However, you can always call our Helpline if you have any queries.

Some treatments require our pre-approval

Your Table of Benefits will show which treatments require our pre-approval (via a Treatment Guarantee Form). These are mostly in-patient and high cost treatments. The pre-approval process helps us assess each case, organise everything with the hospital before your arrival and make direct payment of your hospital bill easier, where possible.

Unless we and your company agree otherwise, if you make a claim without obtaining our pre-approval, the following will apply:

- If the treatment received is subsequently proven to be medically unnecessary, **we reserve the right to decline your claim.**
- If the treatment is subsequently proven to be medically necessary, we will pay 80% of in-patient benefits and 50% of other benefits.

Getting in-patient treatment (pre-approval applies)



Download a Treatment Guarantee Form from our website:
www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html



Complete the form and send it to us at least **five working days before** treatment.
You can send it by email, fax or post to the address shown on the form.



We contact the hospital to organise payment of your bill directly, where possible.

If it's an emergency:

Get the emergency treatment you need and call us if you need any advice or support.

If you are hospitalised, either you, your doctor, one of your dependants or a colleague needs to call our Helpline (**within 48 hours** of the emergency) to inform us of the hospitalisation. We can take Treatment Guarantee Form details over the phone when you call us.

We can also take Treatment Guarantee Form details over the phone if treatment is taking place within 72 hours. Please note that we may decline your claim if pre-approval is not obtained.



Claiming for your out-patient, dental and other expenses

If your treatment does not require our pre-approval, you can simply pay the bill and claim the expenses from us. In this case, follow these steps:



Receive your medical treatment and pay the medical provider.



Get an invoice from your medical provider. This should state your name, treatment date(s), the diagnosis/medical condition that you received treatment for, the date of onset of symptoms, the nature of the treatment and the fees charged.



Claim back your eligible costs via our MyHealth app or online portal (www.allianzcare.com/en/myhealth.html).

Simply enter a few key details, add your invoice(s) and press 'submit'.



Quick claim processing


Once we have all the information required, we can process and pay a claim within 48 hours. However, we can only do this if you have told us your diagnosis, so please make sure you include this with your claim. Otherwise, we will need to request the details from you or your doctor.

We will email or write to you to let you know when the claim has been processed.

Evacuations and repatriations

At the first indication that you need medical evacuation or repatriation, please call our 24 hour Helpline and we will take care of it. Given the urgency, we would advise you to phone if possible. However, you can also contact us by email. If emailing, please write 'Urgent – Evacuation/Repatriation' in the subject line.

Please contact us before talking to any providers, even if they approach you directly, to avoid excessive charges or unnecessary delays in the evacuation. In the event that evacuation/repatriation services are not organised by us, we reserve the right to decline the costs.

 +60 3 92127820

 Asia.medical@allianz.com



Seeking treatment in the USA

If you have worldwide cover, we offer you simple access to medical care in the USA, through our local third-party partner, supporting your access to medical providers in the country.

To access treatment in the US, simply show your membership card: your medical provider will then contact our third-party partner to sort any paperwork related to your treatment. We will pay the cost of your eligible treatment directly to your medical provider, if applicable; if you are responsible for any part of the costs, your provider will let you know.

For queries or requests for assistance related to treatment in the USA, please find all contact details on the back of your membership card.

For a prescription

If your plan includes access to the Caremark's pharmacy network, you can obtain certain drugs and pharmacy products at these US pharmacies on a cashless basis. All details you need to access the Caremark pharmacy network will be shown either on your membership card or on a separate Caremark card.

Show your membership card (or the separate Caremark card) to the Caremark network pharmacy. The pharmacist will tell you if you need to pay any part of the costs, for example if there is a co-payment. Please ensure that the prescriptions have the date of birth of the person that the prescription is for.

Additional information about claiming for your expenses

Medical claims

Before submitting a claim to us, please pay attention to the following points:

- **Claiming deadline:** You must submit all claims (via our MyHealth app or online portal) no later than six months after the end of the Insurance Year. If cover is cancelled during the Insurance Year, you should submit your claim no later than six months after the date that your cover ended. After this time, we are not obliged to settle the claim.
- **Claim submission:** You must submit a separate claim for each person claiming and for each medical condition being claimed for.
- **Supporting documents:** When you send us copies of supporting documents (e.g. medical receipts), please make sure you keep the originals. We have the right to request original supporting documents/receipts for auditing purposes up to 12 months after settling your claim. We may also request proof of payment by you (e.g. a bank or credit card statement) for medical bills you have paid. We advise that you keep copies of all correspondence with us as we cannot be held responsible for correspondence that fails to reach us for any reason outside of our control.
- **Deductibles:** If the amount you are claiming is less than the deductible figure in your plan, you can either:
 - Collect all out-patient receipts until you reach an amount that exceeds this deductible figure.
 - Send us each claim every time you receive treatment. Once you reach the deductible amount, we'll start reimbursing you.

Attach all supporting receipts and/or invoices with your claim.

- **Currency:** Please specify the currency you wish to be paid in. On rare occasions, we may not be able to make a payment in that currency due to international banking regulations. If this happens, we will identify a suitable alternative currency. If we have to make a conversion from one currency to another, we will use the exchange rate that applied on the date the invoices were issued, or on the date that we pay your claim.

Please note that we reserve the right to choose which currency exchange rate to apply. Contact your bank to find out if they will charge you to send or receive money, or to exchange currency. Any such bank charges or exchange rate fluctuations are not covered by your policy.

- **Reimbursement:** We will only reimburse (within the limits of your policy) eligible costs after considering any pre-approval requirements, deductibles or co-payments outlined in the Table of Benefits.
- **Reasonable and customary cost:** We will only reimburse charges that are reasonable and customary in accordance with standard and generally accepted medical procedures. If we consider a claim to be inappropriate, we reserve the right to decline your claim or reduce the amount we pay.
- **Deposits:** If you have to pay a deposit in advance of any medical treatment, we will reimburse this cost only after treatment has taken place.
- **Providing information:** You and your dependants agree to help us get all the information we need to process a claim. We have the right to access all medical records and to have direct discussions with the medical provider or the treating doctor. We may, at our own expense, request a medical examination by our doctors if we think it's necessary. All information will be treated confidentially. We reserve the right to withhold benefits if you or your dependants do not support us in getting the information we need.

Claims for accidental death

If the "Accidental death" benefit is included in your healthcare plan, the claim must be reported to us within 90 working days following the date of death of the insured person.

Please send us:

- A fully completed Life and Accidental Death Benefit Application Form.
- A death certificate.
- A medical report indicating the cause of death.
- A written statement outlining the date, location and circumstances of the accident.
- Official documentation proving the insured person's family status (i.e. whether they are married or have children).
- For the beneficiaries, proof of identity as well as proof of their relationship to the insured person.

Beneficiaries are, unless otherwise specified by the insured:

- The insured person's spouse or partner, if not legally separated.
- If there is no spouse, the insured person's surviving children including step-children, adopted or foster children and children born less than 300 days after the date of the insured person's death; in equal shares among them.

- If there are no children, the insured person's father and mother, in equal shares between them, or to the survivor if one parent has died.
- Failing any of the above, the insured person's estate.

If you wish to nominate a beneficiary other than those listed above, please contact our Helpline.

Please note that if the insured person and one or all of the beneficiaries die in the same incident, the insured person will be considered the last deceased.

Treatment needed as a result of someone else's fault

If you are claiming for treatment that you need when somebody else is at fault, you must write and tell us as soon as possible. For example, if you need treatment following a road accident in which you are a victim. Please take any reasonable steps we ask of you to obtain the insurance details of the person at fault. We can then recover from the other insurer the cost of the treatment paid for by us. If you are able to recover directly the cost of any treatment which we have paid for, you will need to repay that amount (and any interest) to us.

Terms and conditions of your cover



Terms and conditions

This section describes the benefits and rules of your health insurance policy. Please read it together with your Insurance Certificate and Table of Benefits.

- Your **Insurance Certificate** details the plan(s) and geographical area of cover that your company chose for you and your dependants (if applicable). It also states the start date and renewal date of your cover. For policies with full medical underwriting, this document will state any special terms that may apply to your cover. Please note that we will send you a new Insurance Certificate if we need to record any changes to your policy. These may be changes that your company requests or changes we are entitled to make. They may also be changes that you request (such as adding a dependant) – provided your company approves and we accept.
- Your **Table of Benefits** outlines the plan(s) selected by your company and the benefits available to you. It also specifies any benefits/treatments which require you to submit a Treatment Guarantee Form. It confirms any benefits to which specific benefit limits, waiting periods, deductibles and/or co-payments apply. Your Table of Benefits will be in the currency agreed with your company (or with you, if you pay the insurance premium).

For full details of your company's insurance contract, please contact your company's Group Scheme Manager. Please note that the terms and conditions of your cover may be changed from time to time by agreement between your company and us.

Administration of your policy

When cover starts for you and your dependants

Your insurance is valid from the start date shown on the Insurance Certificate and will continue until the group renewal date (which is also stated on the Insurance Certificate). Generally, this is one Insurance Year, unless we and your company decide otherwise or if you started your policy mid-year. At the end of this period, your company can renew the insurance on the basis of the policy terms and conditions applicable at that time. You will be bound by those terms.

Cover for dependants (if applicable) will start on the effective date shown on the most recent Insurance Certificate which lists them as your dependants. Their membership may continue for as long as you remain part of the group scheme and, for children, as long as they remain under the defined age limit. Child dependants can be covered under your policy up until the day before their 18th birthday or up until the day before their 26th birthday if they are in full-time education. At that time, they may apply for cover in their own right under one of our Healthcare Plans for Individuals and Families.

Adding dependants

Are you getting married or having a baby? Congratulations!

You may apply to include any member of your family as a dependant if you are allowed to under the agreement between your company and us. The process is different depending on the type of policy you have:

- Policy with full medical underwriting, or
- Policy with moratorium, or
- Non-underwritten policy, or
- Policy with CTT/CPME (previously FMU), or
- Policy with CTT/CPME (previously MORI).

Your Insurance Certificate will indicate which type of policy you have; also, you can find definitions of the above types of policies in the 'Definitions' section of this guide.

To add a dependant, simply follow the process described below for your type of policy. Also, if the dependant you want to add is a newborn, please check the paragraph about 'In-patient treatment limits for newborn dependants' further below.

Policies with full medical underwriting AND policies with CTT/CPME (previously FMU)

You may apply to add a family member in your policy by completing the relevant application form. Your new dependant will be subject to medical underwriting and, if accepted, cover will start from the date of acceptance.

However, if the dependant you want to add is a newborn, please follow the guidelines below.

- **How do I add a newborn to my policy?**

Please send an email to underwriting@allianzworldwidecare.com within four weeks from birth and attach the birth certificate. With the exception of multiple birth babies, we will accept the baby without medical underwriting if the birth parent or intended parent (in the case of surrogacy) has been insured with us for a minimum of eight continuous months. Cover will start at birth.

- **What happens if I don't notify you within four weeks?**

The newborn child will be underwritten and if accepted, cover will start from the date of acceptance.

- **What if I am adding multiple birth babies?**

Multiple birth babies will be underwritten and if accepted, cover will start from the date of acceptance.

Policies with moratorium AND policies with CTT/CPME (previously MORI)

You may apply to add a family member in your policy by completing the relevant application form. If accepted, a new moratorium will apply for that dependant and cover will start from the date on which you notify us or from a later date that you may request.

However, if the dependant you want to add is a newborn, please follow the guidelines below.

- **How do I add a newborn to my policy?**

Please send an email to underwriting@allianzworldwidecare.com within four weeks from birth and attach the birth certificate. With the exception of multiple birth babies, we will accept the baby without a moratorium if the birth parent or intended parent (in the case of surrogacy) has been insured with us for a minimum of eight continuous months. Cover will start at birth.

- **What happens if I don't notify you within four weeks?**

You may apply to add the newborn in your policy by completing the relevant application form. If accepted, a new moratorium will apply for that dependant and cover will start from the date we agree to add them.

- **What if I am adding multiple birth babies?**

You may apply to add multiple birth babies in your policy by completing the relevant application form. We will review the application form and, if accepted, we will confirm the date we agree to add the newborn and whether a new moratorium will apply for him/her.

Non-underwritten policies

To add a family member as a dependant on your policy, simply notify your company and they will organize it with us.

However, if the dependant you want to add is a newborn, please follow the guidelines below.

- **How do I add a newborn to my policy?**

Newborn infants (including multiple birth babies, babies born by surrogacy, adopted and fostered children) will be accepted for cover from birth, provided that we are notified within four weeks of the date of birth. To have a newborn added to the policy, you must ask your company to submit a request in writing, including a copy of the birth certificate, to its usual contact person for membership changes.

- **What happens if I don't notify my company within four weeks?**

If we are notified four weeks or more after the date of birth, newborn children will be accepted for cover from the date of that notification.

In-patient treatment limits for newborn dependants

There is a limit for in-patient treatment that takes place in the first three months following birth if the baby:

- was born by surrogacy
- is adopted
- is fostered
- is a multiple-birth baby born as a result of medically assisted reproduction.

This limit is \$40,500 per child and it applies before any other benefit in your plan.

Out-patient treatment is paid under the terms of the Out-patient Plan.

Changing country of residence

It is important that you contact our Helpline and notify your Group Scheme Manager to let us know when you change your country of residence. This may affect your cover or premium, even if you are moving to a country within your geographical area of cover, as your existing plan may not be valid there. Cover in some countries is subject to local health insurance restrictions, particularly for residents of that country.

It is your responsibility to ensure that your health cover is legally appropriate. If you are not sure, please get independent legal advice, as we may no longer be able to cover you. The cover we provide is not a substitute for local compulsory health insurance.

Changing your postal address or email address

We will send all correspondence to the address we have on record for you unless requested otherwise. You need to inform us in writing as soon as possible of any change in your home, business or email address.

Correspondence

When you write to us, please use email or post (with the postage paid). We do not usually return original documents to you, but if you ask us to, we will.

Renewal of cover

If your company pays for your premium, the renewal of your cover (and that of your dependants, if applicable) is the decision of your company.

If you pay your premium and your company renews your cover (and that of your dependants, if applicable), your policy will automatically renew for the next Insurance Year, if:

- We can continue to provide cover in your country of residence
- All premiums due to us have been paid
- The payment details we have for you are still valid on the policy renewal date. Please update us if you get a new/replacement credit card or if your bank account details have changed.

Ending your cover

Your company can end your cover or that of any of your dependants by notifying us in writing. We cannot backdate the cancellation of your cover. It will automatically end:

- At the end of the Insurance Year, if the agreement between your company and us is terminated.
- If your company decides to end or not to renew your cover.
- If your company does not pay premiums or any other payment due under the Company Agreement with us.
- If you are an individual payer and you do not pay premiums or any other payment due under the Company Agreement with us.
- When you stop working for your company.
- Upon the death of the insured employee.

We can end your cover and that of your dependants if there is reasonable evidence that you or they have misled or attempted to mislead us. For example giving us false information, withholding information, or working with another party to give us false information, either intentionally or carelessly, which may influence us when deciding:

- Whether you (or they) can join the scheme
- What premiums your company has to pay
- Whether we have to pay any claim

Policy expiry

Please note that upon the expiry of your policy, your right to reimbursement ends. For up to six months after the expiry date, we will reimburse any eligible expenses incurred during the period of cover. However, we will no longer cover any on-going or further treatment that is required after the expiry date of your policy.

It is your responsibility to ensure that any membership card provided to you or your dependants is destroyed immediately when your membership ends. In case you or your dependants obtain treatment following the expiry of membership, we reserve the right to recover the full amount of any treatment expenses from you and/or your company.

Applying for cover if group membership ends

If your cover under the Company Agreement comes to an end, you can apply for cover under one of our Healthcare Plans for Individuals and Families, by simply sending us an email (details below). You need to submit your application within one month of leaving the group scheme. You may be subject to underwriting. If we accept your application, cover will start on the first day after you leave the group scheme.

@ individual.sales@allianzworldwidecare.com

Paying premiums

If your company pays your insurance premium

In most cases, your company is responsible for paying the premiums for you and your dependants, covered under the Company Agreement. Your company may also pay other taxes and charges associated with your cover (such as Insurance Premium Tax). However you may be liable to pay tax in respect of the premiums paid by your company. For details, please check with your company.

If you pay your insurance premium

If you are responsible for paying your insurance premium, you need to pay us in advance for the duration of your cover. Your Insurance Certificate shows the amount your company has agreed with us and your selected payment frequency. The **initial premium** or first premium instalment is payable immediately after we accept your application. When you receive your invoice, please check that the premium matches the amount shown on your agreed quotation and contact us immediately if there is any difference. We are not responsible for payments made through third-parties. **Subsequent premiums** are due on the first day of the chosen payment period.

If applicable, you may also need to pay the following taxes in addition to your premium:

- Insurance Premium Tax (IPT).
- VAT.
- Other taxes, levies or charges relating to your cover that we may have to pay or collect from you by law.

These charges may already be in effect when you join but they could be introduced (or change) afterwards. Your invoice will show these taxes. If they change or if new taxes are introduced, we will write to inform you. If you do not accept the changes, you can choose to end your cover. We will not apply any of the changes if you end your membership within 30 days of the date they take effect, or within 30 days of us telling you about the changes (whichever is later).

In some countries you may also be required to apply withholding tax. If that is the case, it is your responsibility to calculate and pay this amount to the relevant authorities in addition to payment of your full premium to us.

Each year on the renewal date, we may change how we calculate your premiums and taxes, the amount you have to pay and/or the method of payment. If so, we will inform you of these changes and they will only apply from your renewal date. If you wish, you can change the way you pay at policy renewal. Please write to us to request this at least 30 days before the renewal date.

If you are unable to pay your premium for any reason, please contact us so that we can discuss this with you, as if you don't pay your premiums on time you may lose your cover.

The following terms also apply to your cover

Applicable law: Your policy is governed by the laws and courts of the country as set out in the Company Agreement, unless otherwise required by law.

Economic sanctions: Cover is not provided if any element of the cover, benefit, activity, business or underlying business violates any applicable sanction law or regulations of the United Nations, the European Union or any other applicable economic or trade sanction law or regulations.

Who is covered: Only those group members (and dependants) as described in the Company Agreement are eligible for cover.

The amounts we will pay: Our liability to you is limited to the amounts indicated in the Table of Benefits and any policy endorsements. The amount reimbursed, whether under this policy, public medical scheme or any other insurance will not exceed the figure stated on the invoice.

Who can make changes to your policy: No-one, except an appointed representative or the Group Scheme Manager is allowed to make changes to your policy on your behalf. Changes are only valid when agreed by your company and us.

When cover is provided by someone else: We may decline a claim if you or any of your dependants are eligible to claim benefits from:

- A public scheme
- Any other insurance policy
- Any other third-party

If that is the case, you need to inform us and provide all necessary information. You and the third party cannot agree any final settlement or waive our right to recover expenses without our prior written agreement. Otherwise, we are entitled to get back from you any amount we have paid and to cancel your cover.

We have the right to claim back from a third party any amount we paid for a claim, if the costs were due from or also covered by them. We may take legal proceedings in your name, at our expense, to achieve this. This is called subrogation.

We will not make a contribution to any third-party insurer if the costs are fully or partly covered by that insurer. However, if our plan covers a higher amount than the other insurer, we'll pay the amount not covered by them.

Circumstances outside of our control (force majeure): We will always do our best for you, but we are not liable for delays or failures in our obligations to you caused by things which are outside of our reasonable control. Examples are extremely severe weather, floods, landslides, earthquakes, storms, lightning, fire, subsidence, epidemics, acts of terrorism, outbreaks of military hostilities (whether or not war is declared), riots, explosions, strikes or other labour unrest, civil disturbances, sabotage and expropriation by governmental authorities.

Cancellation and fraud:

- a) **For policies with full medical underwriting**, the information you and your dependants give us e.g. on the Application Form or supporting documents, needs to be accurate and complete. If it isn't correct or if you don't tell us about things that may affect our underwriting decision, it may invalidate your policy from the start date. You also need to tell us about any medical conditions that arise between completing the application form and the start date of the policy. Medical conditions that you don't tell us about will most likely not be covered. If you're not sure whether certain information is relevant to underwriting, please call us and we'll be able to clarify that.
- b) **For policies with moratorium**, moratorium cover will still apply even if you tell us about any pre-existing medical conditions you might have. We may apply new terms to the plan, void or cancel it and/or reduce or reject any related claims, based on your new material facts.
- c) We will not pay any benefits for a claim if:
 - The claim is false, fraudulent or intentionally exaggerated.
 - You or your dependants or anyone acting on your or their behalf use fraudulent means to obtain benefit under this policy.

The amount of any claim we paid to you before the fraudulent act or omission was discovered will become immediately owing to us. We reserve the right to inform your company of any fraudulent activity.

Making contact with dependants: In order to administer your policy, we may need to request further information. If we need to ask about one of your dependants (e.g. when we need to collect an email address for an adult dependant), we may contact you as the person acting on behalf of the dependant, and ask you for the relevant information, provided it is not sensitive information. Similarly, for the purposes of administering claims, we may send you non-sensitive information that relates to a family member.

Use of Medi24: The Medi24 advice line and its health-related information and resources is extremely helpful, but it's not a substitute for professional medical advice or for the care that you receive from your doctor. It is not intended to be used for medical diagnosis or treatment and you should not rely on it for that purpose. Always seek the advice of your doctor before beginning any new treatment or if you have any questions about a medical condition. We are not responsible or liable for any claim, loss or damage directly or indirectly resulting from your use of Medi24 or the information or services provided by them. Calls to Medi24 will be recorded and may be monitored for training, quality and regulatory purposes.

Data protection

Our Data Protection Notice explains how we protect your privacy and process your personal data. You must read it before sending us any personal data. To read our Data Protection Notice visit:

 www.allianzcare.com/en/privacy.html

Alternatively, you can contact us on the phone to request a paper copy.

 +60 3 92127820

If you have any queries about how we use your personal data, please email us at:


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Complaints procedure

Our Helpline is always the first number to call if you have any comments or complaints. If we can't resolve the problem on the phone, please email or write to us:

 +60 3 92127820

 asia.helpline@allianz.com

 Customer Advocacy Team
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Ireland

We will handle your complaint according to our internal complaint management procedure.

For details see:

 www.allianzcare.com/complaints-procedure

You can also contact our Helpline to obtain a copy of this procedure.

Definitions

The following definitions apply to our Healthcare Plans. The benefits you are covered for are listed in your Table of Benefits. If your plan includes any benefit not listed below, the definition will appear in the “Notes” section at the end of your Table of Benefits. Wherever these words/phrases appear in your policy documents, they will always have the following meanings:

A

Accident is a sudden, unexpected event that causes injury and is due to a cause external to the insured person. The cause and symptoms of the injury must be medically and objectively definable, allow for a diagnosis and require therapy.

Accidental death benefit refers to an amount shown in the Table of Benefits which becomes payable if an insured person (aged 18 to 70) dies during the period of insurance as a result of an accident (including an industrial injury).

Accommodation costs for one parent staying in hospital with an insured child refers to the hospital accommodation costs of one parent or legal guardian for the duration of the insured child's admission to hospital for eligible treatment. If a suitable bed is not available in the hospital, we will contribute the equivalent of the daily room rate in a three-star hotel towards any hotel costs incurred. We do not cover sundry expenses such as meals, phone calls or newspapers. Please check your Table of Benefits to confirm whether an age limit applies with regard to the child.

Acute refers to the sudden onset of symptoms or a medical condition.

Acute medical condition is a medical condition that is brief, has a definite end point, and, in our reasonable opinion, based on advice or general advice can be cured by treatment.

Allergy testing refers to a visit to a licensed practitioner to test for and discover if your symptoms are related to an allergy. If included in your plan as a specific benefit, cover is limited to the amount shown in your Table of Benefits.

Assisted conception is a pregnancy that is conceived following fertility treatment, including pregnancies conceived through Intrauterine Insemination, In Vitro Fertilisation (IVF) or any other Assisted Reproductive Technology, and pregnancies conceived within one month of using fertility medication.

B

Burial expenses refer to the cost of burials or cremation that take place outside the home country or principal country of residence. It doesn't include related ceremonial costs such as food and beverage, travel, accommodation, flowers and sympathy cards.

C

Cancer screening for the early detection of illness or disease are health checks, tests and examinations, performed at appropriate age intervals, that are undertaken without any clinical symptoms being present.

Child hearing exam provides a contribution towards the services of a suitably qualified and recognised hearing care professional in the country of treatment. To be eligible for this benefit, your child must be 16 years or younger and covered at the time they receive the service. When submitting a claim, please attach a dated invoice from the provider.

Chronic condition is defined as a sickness, illness, disease or injury that lasts longer than six months or requires medical attention (such as check-up or treatment) at least once a year. It also has one or more of the following characteristics:

- Is recurrent in nature
- Is without a known, generally recognised cure
- Is not generally deemed to respond well to treatment
- Requires palliative treatment
- Leads to permanent disability

Please refer to the “Notes” section of your Table of Benefits to confirm whether chronic conditions are covered.

Company is your employer as named in the Company Agreement.

Company Agreement is the agreement we have with your employer, through which you and your dependants are insured with us. This agreement sets out who can be covered, when cover begins, how it is renewed and how premiums are paid.

Complementary treatment refers to treatment that exists outside of traditional Western medicine. Please refer to your Table of Benefits to confirm whether any of the following complementary treatment methods are covered: chiropractic treatment, osteopathy, podiatry, homeopathy, Chinese herbal medicine, acupuncture, Tui na massage, cupping, bone setting and ayurvedic treatment as practised by approved therapists. If available, consultation costs will also be covered under this benefit.

Complications of childbirth refers only to post-partum haemorrhage and retained placental membrane. Where your plan also includes a routine maternity benefit, complications of childbirth includes medically necessary caesarean sections.

Complications of pregnancy relates to the health of the mother. Only the following complications that arise during the pre-natal stages of pregnancy are covered: gestational diabetes, pre-eclampsia, stillbirth and hydatidiform mole. Please note that where an ectopic pregnancy, miscarriage or threatened miscarriage arises, cover is provided under the member’s non-maternity healthcare benefits.

Congenital conditions refers to any abnormality, deformity, disease, disorder, illness, malformation, defect, anomaly or injury that is hereditary or acquired before or during birth. A congenital condition can be diagnosed at birth or later in life.

Co-payment is the percentage of the costs which you must pay. E.g. if a benefit has a 80% refund, this means that a co-payment of 20% applies, therefore we will pay 80% of the costs of each eligible treatment per insured person, per Insurance Year.

CPME/CTT stands for Continuous Personal Medical Exclusions and for Continuous Transfer Terms. These acronyms refer to the continuation of the same underwriting terms, including any special exclusions and/or surcharges, that applied with your previous insurer. You will not be subject to any new personal underwriting terms. Cover will still be governed by the benefits, terms and conditions of the plan with us. The underwriting terms with us can be CPME/CTT previously MORI or CPME/CTT previously FMU. See the ‘CPME/CTT previously MORI’ and ‘CPME/CTT previously FMU’ definitions for more information.

CPME/CTT previously FMU refers to the continuation of your full medical underwriting terms that you had with a previous insurer. Cover will still be governed by the benefits, terms and conditions of the plan with us.

CPME/CTT previously MORI is the continuation of your moratorium start date if you had moratorium underwriting terms with a previous insurer. Cover will still be governed by the benefits, terms and conditions of the plan with us.

D

Day-care treatment is planned treatment received in a hospital or day-care facility during the day, including a hospital room and nursing, that does not medically require the patient to stay overnight and where a discharge note is issued.

Deductible also referred to as ‘excess’ in health insurance, is the part of the cost that is payable by you and that we deduct from the amount we will pay.

Where deductibles apply, they are payable per person per Insurance Year, unless your Table of Benefits states otherwise.

Dental implants refers to prostheses that interface with the bone of the jaw or the skull to support a dental prosthesis such as a crown, bridge or denture. Cover is only provided where your plan includes a specific ‘Dental implants’ benefit.

Dental practitioner is a person who:

- has attained primary degrees in dentistry and/or dental surgery by attending a dental and/or medical school recognised by a relevant accredited professional body, and
- is licensed by the relevant authority to practice dentistry and/or dental surgery in the country where the treatment is given.

Dental prescription drugs refers to those prescribed by a dentist for the treatment of dental inflammation or infection. The prescription drugs must be proven to be effective for the condition and recognised by the pharmaceutical regulator in a given country. They do not include mouthwashes, fluoride products, antiseptic gels and toothpastes.

Dental prostheses includes crowns, inlays, onlays, adhesive reconstructions/restorations, bridges and dentures, as well as all necessary and ancillary treatment required. Dental implants are not covered under the 'Dental prostheses' benefit, but may be included in your cover under a separate 'Dental implants' benefit.

Dental surgery includes the surgical extraction of teeth, as well as other tooth-related surgical procedures such as apicoectomy and dental prescription drugs. All investigative procedures that establish the need for dental surgery such as laboratory tests, X-rays, CT scans and MRI(s) are included under this benefit. Dental surgery does not cover surgical treatment that relates to dental implants.

Dental treatment includes an annual check-up, simple fillings related to cavities or decay, root canal treatment and dental prescription drugs.

Dependant is your spouse or partner and unmarried children that are named as dependants on your Insurance Certificate. Children are covered up to the day before their 18th birthday; or up to the day before their 26th birthday if they are in full-time education.

Diagnostic tests refers to investigations such as x-rays or blood tests, carried out for diagnostic purposes. These tests are covered when you are already displaying symptoms or when needed following other medical test results. This benefit does not cover annual check-ups or routine screenings.

Dietician fees relate to charges for dietary or nutritional advice provided by a health professional who is registered and qualified to practise in the country where the treatment is received. If included in your plan, cover is only provided in respect of eligible diagnosed medical conditions.

Direct family history exists where a parent, grandparent, sibling or child has been previously diagnosed with the medical condition in question.

Direct settlement is where we settle costs of treatment or services directly with a medical provider in our medical provider network.

Doctor is a person who is licensed to practise medicine under the law of the country in which treatment is given and where they are practising within the limits of their licence.

E

Effective date refers to the first day we cover you under the plan during the Insurance Year, as shown on your Insurance Certificate.

Elective circumcision for newborn males refers to the costs of the elective circumcision surgical procedure undertaken on newborn males as well as any follow-up consultation required.

Emergency is the onset of a sudden and unforeseen medical condition that requires urgent medical assistance. Only treatment commencing within 24 hours of the emergency event will be covered.

Emergency in-patient dental treatment refers to acute emergency dental treatment for the relief of pain that is due to a serious accident and requires admission to hospital. The treatment must take place within 24 hours of the emergency event. Cover does not extend to follow-up dental treatment, dental surgery, dental prostheses, orthodontics or periodontics. If cover is provided for these benefits, it will be listed separately in the Table of Benefits.

Emergency out-patient dental treatment is treatment received in a dental surgery or hospital emergency room for the immediate relief of dental pain caused by an accident or an injury to a sound natural tooth. Treatment may include pulpotomy or pulpectomy and the subsequent temporary fillings, limited to three fillings per Insurance Year. Treatment must take place within 24 hours of the emergency event. It does not include any form of dental prostheses, permanent restorations or the continuation of root canal treatment. However, if your policy also includes a Dental Plan, it will cover dental treatment in excess of the limit on 'Emergency out-patient dental treatment' benefit. In that case, the Dental Plan terms will apply.

Emergency out-patient treatment is treatment received in a casualty ward or emergency room within 24 hours of an accident or sudden illness, where there is no medical necessity for you to occupy a hospital bed. If your policy includes out-patient benefits, they will cover you for out-patient treatment in excess of the limit on 'Emergency out-patient treatment' benefit.

Emergency treatment outside area of cover is treatment for medical emergencies which occur during business or holiday trips outside your area of cover. Cover is provided for up to six weeks per trip within the maximum benefit amount. It includes treatment required due to an accident or the sudden beginning or worsening of a severe illness which presents an immediate threat to your health. Treatment by a doctor must start within 24 hours of the emergency event. Cover is not provided for curative or follow-up non-emergency treatment, even if you are deemed unable to travel to a country within your geographical area of cover. Nor does it extend to charges relating to maternity, pregnancy, childbirth or any complications of pregnancy or childbirth. Please tell your company's Group Scheme Manager if you are going to be outside your area of cover for more than six weeks.

Expenses for one person accompanying an evacuated/repatriated person refer to the travel costs for one person accompanying the evacuated/repatriated person. If they can't travel in the same vehicle, we will pay for an alternative form of transport at economy rates. Following completion of treatment, we will also cover the cost of the companion's return trip, at economy rates, to the country where the evacuation/repatriation started from. Cover is not provided for hotel accommodation or other related expenses.

F

Family history exists where a parent, grandparent, sibling, child, aunt or uncle has been previously diagnosed with the medical condition in question.

Foreseeable is a medical condition that, in our reasonable opinion, could be reasonably anticipated.

Full medical underwriting is the assessment of insurance risk based on information that you give us when applying for cover. Our underwriting team uses this information to decide the terms of our offer.

G

General advice is any medical opinion or medical recommendation from a relevant accredited professional body in relation to a medical condition or treatment which confirms, in our reasonable opinion, an established medical practice or opinion.

Gender dysphoria is the distress a person feels due to a mismatch between their gender identity and their sex assigned at birth.

Gender dysphoria services relates to any of the following medically necessary treatments:

- Behavioral health services such as counselling for gender dysphoria and related psychiatric conditions (e.g. anxiety, depression). Treatment must be prescribed by a psychiatrist or PhD clinical psychologist.
- Hormonal therapy.
- Age-related and gender-specific preventive health checks such as cervical, breast, prostate cancer screenings, as appropriate to the individuals biological anatomy.
- Gender reassignment and related surgery, if you are diagnosed as having gender dysphoria, and the following criteria are met:
 - You are at least 18 years old.
 - You have one letter of recommendation for surgery from a mental health professional for breast/chest surgery or two letters of recommendations from two separate mental health professional for genital surgery, including an extensive report. We will also accept a letter from a master's degree-level professional (it refers to anyone working in the mental health field – psychiatrist, mental health nurse or psychologist who has done a relevant master degree in this medical area) if the second letter is from a psychiatrist or PhD clinical psychologist.

The recommendation must be based on assessments conducted within the last 24 months and must indicate that your decision is current and not due to any other treatable condition or disorder. Each recommendation must state that the surgery is medically necessary according to evidence-based clinical guidelines.

Group Scheme Manager is the designated representative of your company, who acts as the point of contact between the company and us for matters relating to the administration of the plan such as enrolment, premium collection and renewal.

H

Health and wellbeing checks including screening for the early detection of illness or disease are health checks, tests and examinations, performed at appropriate age intervals, that are undertaken without any clinical symptoms being present.

HIV or AIDS treatment is a benefit that covers consultations, investigations, in-patient and out-patient treatment related to a diagnosis of Human Immunodeficiency Virus (HIV) or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). If included in your plan as a specific benefit, cover is limited to the amount shown in your Table of Benefits.

Home country is a country for which you hold a current passport or which is your principal country of residence.

Hormone replacement therapy refers to the use of female hormones for the relief of symptoms resulting from cessation of ovarian function, either at the time of the natural menopause or following surgical removal of the ovaries. Cover is provided for medical practitioner fees, specialists fees as well as prescription drug expenses.

Hospital is any establishment which is licensed as a medical or surgical hospital in the country where it operates and where the patient is permanently supervised by a doctor. The following are not considered hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts.

Hospital accommodation refers to standard private or semi-private accommodation as shown in the Table of Benefits - deluxe, executive rooms and suites are not covered. The hospital accommodation benefit only applies when the hospitalisation is not related to any other in-patient benefit shown on the Table of Benefits. For example, if a member is hospitalised for cancer treatment, the hospital accommodation will be covered under the oncology benefit, and not under the hospital accommodation benefit. Examples of benefits that already include hospital accommodation (if included in your plan) are: Psychiatry and psychotherapy, Organ transplant, Oncology, Routine maternity, Palliative care and Long-term care.

Infertility treatment refers to all invasive investigative procedures necessary to establish the cause of infertility such as hysterosalpingogram, laparoscopy or hysteroscopy. It also covers treatment such as InVitro Fertilisation (IVF), for diagnosed cases of infertility. We will cover the cost of treatment for the insured member who receives it, up to the limit indicated in the Table of Benefits. You can't claim under an insured spouse/partner's cover for costs that exceed your benefit limit.

All non-invasive investigative procedures undertaken to establish the cause of infertility are covered within the relevant benefit limits of the Out-patient Plan (if you have one). Examples of benefits that cover non-invasive investigations procedures are 'Diagnostic tests', 'Medical practitioner fees' and 'Specialist fees'.

For multiple birth babies born as a result of medically assisted reproduction, all babies born by surrogacy, adopted and fostered children, in-patient treatment is limited to US\$40,500 per child for the first three months following birth and applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid under the terms of the Out-patient Plan.

In-patient cash benefit is payable when you receive in-patient treatment for a medical condition that is covered by us but is free of charge for you, i.e. when the full cost of your treatment is funded by your national health service and no claim is made or paid by us under any section of this policy. In-patient cash benefit is limited to the amount specified in the Table of Benefits and is payable after you are discharged from hospital.

In-patient treatment refers to treatment received in a hospital where an overnight stay is medically necessary.

Insurance Certificate is a document we issue that outlines the details of your cover. It confirms that your company has a group insurance policy with us.

Insurance Year applies from the effective date of your policy, as shown on the Insurance Certificate and ends at the expiry date of the Company Agreement. The following Insurance Year coincides with the year that is defined in the Company Agreement.

Insured person is you and your dependants as stated on your Insurance Certificate.

L

Laser eye treatment refers to the surgical improvement of the refractive quality of the cornea using laser technology, including the necessary pre-operative investigations.

Lifetime limit is the total amount we'll pay for any eligible costs you incur during any time we cover you on any one or more plans with the same or equivalent benefits, even if there's a break in your cover.

Local ambulance is ambulance transport that is required for an emergency or out of medical necessity, to the nearest available and appropriate hospital or licensed medical facility.

Long-term care refers to care over an extended period of time after the acute treatment has been completed, usually for a chronic condition or disability requiring periodic, intermittent or continuous care. Long-term care can be provided at home, in the community, in a hospital or in a nursing home.

M

Medical advice is any medical opinion, medical recommendation or information given by a medical professional.

Medical evacuation applies in the following scenarios:

- If the necessary treatment you are covered for is not available locally
- If adequately screened blood is unavailable in an emergency

We will evacuate you to the nearest appropriate medical centre (which may or may not be in your home country) by ambulance, helicopter or aeroplane. The medical evacuation should be requested by your doctor, and will be carried out in the most economical way that is appropriate to your medical condition. Following completion of treatment, we will also cover the cost of your return trip at economy rates to your principal country of residence.

If you can't travel or be evacuated for medical reasons following discharge from an in-patient episode of care, we will cover the reasonable cost of hotel accommodation in a

private en-suite room for up to seven days. We do not cover costs for hotel suites, four or five-star hotel accommodation or hotel accommodation for an accompanying person.

If you are evacuated to the nearest appropriate medical centre for ongoing treatment, we will cover the reasonable cost of hotel accommodation in a private en-suite room. This cost must be more economical than the cost of a series of journeys between the nearest appropriate medical centre and your principal country of residence. Hotel accommodation for an accompanying person is not covered.

Where adequately screened blood is not available locally, we will, where appropriate, try to locate and transport screened blood and sterile transfusion equipment, if this is advised by the treating doctor and our own medical experts. We and our agents accept no liability if we are unsuccessful or if contaminated blood or equipment is used by the treating authority.

You must contact us at the first indication that you need an evacuation. From this point onwards, we will organise and coordinate the evacuation until you arrive safely at your destination of care. If evacuation services are not organised by us, we reserve the right to decline all costs incurred.

Note that you may be covered as well for 'Non-emergency medical evacuation', if this benefit appears listed in your Table of Benefits.

Medical necessity refers to medical treatment, services or supplies that fulfil all of the following:

- a) Essential to identify or treat your condition, illness or injury
- b) Consistent with your symptoms, diagnosis or treatment of the underlying condition
- c) In accordance with generally accepted medical practice and professional standards of care in the medical community at the time (this does not apply to complementary treatment methods if they form part of your cover)
- d) Required for reasons other than the comfort or convenience of you or your doctor
- e) Proven and demonstrated to have medical value (this does not apply to complementary treatment methods if they form part of your cover)
- f) Considered to be the most appropriate type and level of service or supply
- g) Provided at an appropriate facility, in an appropriate setting and at an appropriate level of care for the treatment of your medical condition
- h) Provided only for an appropriate duration of time

In this definition, the term “appropriate” means taking patient safety and cost effectiveness into consideration. In respect to in-patient treatment, “medically necessary” also means that diagnosis can’t be made or treatment can’t be safely and effectively provided on an out-patient basis.

Medical practitioners are doctors who are licensed to practise medicine under the law of the country in which treatment is given and where they are practising within the limits of their licence.

Medical practitioner fees refers to fees charged for non-surgical treatment performed or administered by a medical practitioner.

Medical provider network refers to all of the medical providers with whom we have arrangements in place for the direct settlement of our members’ medical costs.

Medical repatriation is an optional level of cover and where provided will be shown in the Table of Benefits. If the necessary treatment for which you are covered isn’t available locally you can choose to be medically evacuated to your home country for treatment, instead of to the nearest appropriate medical centre. This only applies when your home country is within your geographical area of cover. Following completion of treatment, we will also cover the cost of your return trip at economy rates, to your principal country of residence. The return journey must take place within one month after treatment has been completed.

You must contact us at the first indication that repatriation is required. From this point onwards we will organise and coordinate all stages of the repatriation until you arrive safely at your destination of care. If the repatriation is not organised by us, we reserve the right to decline all costs incurred.

Mental health professional is a practitioner working in health care, counselling or social services who offers services for the purpose of treating mental health conditions.

Midwife fees refers to fees charged by a midwife or birth assistant, who, according to the law of the country in which treatment is given, has completed the necessary training and passed the necessary state examinations.

Moratorium (MORI) is a waiting period of 24 months from either your start date or the date shown in the special terms section of your Insurance Certificate that must have passed before claims for any pre-existing medical conditions may become eligible under the plan. This includes the underwriting term CPME/CTT previously MORI. Once you’ve

completed a continuous 24-month period after your start date, your pre-existing medical condition may be covered, provided that you’ve not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

N

Natural tooth refers to any tooth that is original, not an artificial implant or replacement.

Newborn care includes customary examinations required to assess the integrity and basic function of the child’s organs and skeletal structures. These essential examinations are carried out immediately following birth.

Cover doesn’t include further preventive diagnostic procedures, such as routine swabs, blood typing and hearing tests. However, if for medical reasons the child needs any follow-up investigations and treatment, these are covered under the newborn’s own policy (if they have been added as a dependant). For multiple birth babies born as a result of medically assisted reproduction, all babies born by surrogacy, adopted and fostered children, in-patient treatment is limited to US\$40,500 per child for the first three months following birth: this limit applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid within the terms of the Out-patient Plan.

Non-underwritten policies are policies where we don’t request the insured persons to provide information about their health at the point of joining, as their medical history is not considered nor assessed. Pre-existing medical conditions are covered subject to the benefits, terms and conditions of the policy.

Nursing at home or in a convalescent home refers to nursing received immediately after, or instead of, eligible in-patient or day-care treatment. We will pay the benefit listed in the Table of Benefits if the treating doctor decides that it is medically necessary for you to stay in a convalescent home or have a nurse in attendance at home. This benefit also needs to be approved by our Medical Director. This benefit doesn’t cover spas, cure centres, health resorts, palliative care or long-term care.



Obesity is diagnosed when a person has a body mass index (BMI) of over 30 (you can find a BMI calculator at: www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/bmi-calculator.html).

Occupational therapy is treatment that helps you develop skills needed for daily living and interactions with other people and the environment. These refer to:

- Fine and gross motor skills (how you perform small, precise tasks and whole-body movement).
- Sensory integration (how the brain organises a response to your senses).
- Coordination, balance and other skills such as dressing, eating and grooming.

We will need to see a progress report after every 20 sessions.

Oncology refers to specialist fees, diagnostic tests, radiotherapy, chemotherapy and hospital charges related to the treatment of cancer from the point of diagnosis. We also cover the cost of an external prosthetic device for cosmetic purposes, for example a wig for hair loss or a prosthetic bra after breast cancer treatment.

Oral and maxillofacial surgical procedures refers to surgical treatment on the mouth, jaws, face or neck performed in a hospital by an oral and maxillofacial surgeon for: oral pathology, temporomandibular joint disorders, facial bone fractures, congenital jaw deformities, salivary gland diseases and tumours.

Unless you hold a Dental Plan, we do not cover the following procedures even if they are performed by an oral and maxillofacial surgeon:

- Surgical removal of impacted teeth
- Surgical removal of cysts
- Orthognathic surgeries for the correction of malocclusion

Organ transplant refers to the following organ or tissue transplants: heart, heart/valve, heart/lung, liver, pancreas, pancreas/kidney, kidney, bone marrow, parathyroid, muscular/skeletal and cornea. We do not reimburse the costs of acquiring organs.

Orthodontics is the use of devices to correct malocclusion (misalignment of your teeth and bite). We only cover orthodontic treatment that meets the medical necessity criteria described below. As the criteria is very technical, please contact us before starting treatment so we can verify if your treatment meets the criteria.

Medical necessity criteria:

- a) Increased overjet > 6mm but \leq 9 mm
- b) Reverse overjet > 3.5 mm with no masticatory or speech difficulties
- c) Anterior or posterior crossbites with > 2 mm discrepancy between the retruded contact position and intercuspal position
- d) Severe displacements of teeth > 4
- e) Extreme lateral or anterior open bites > 4 mm
- f) Increased and complete overbite with gingival or palatal trauma
- g) Less extensive hypodontia requiring pre-restorative orthodontics or orthodontic space closure to obviate the need for a prosthesis
- h) Posterior lingual crossbite with no functional occlusal contact in one or more buccal segments
- i) Reverse overjet > 1 mm but < 3.5 mm with recorded masticatory and speech difficulties
- j) Partially erupted teeth, tipped and impacted against adjacent teeth
- k) Existing supernumerary teeth

You will need to send us some supporting information to show that your treatment is medically necessary and therefore covered by your plan. The information we ask for may include, but is not limited to:

- A medical report issued by the specialist, stating the diagnosis (type of malocclusion) and a description of your symptoms caused by the orthodontic problem.
- A treatment plan showing the estimated duration and cost of the treatment and the type/material of the appliance used.
- The payment arrangement agreed with the medical provider.
- Proof of payment for orthodontic treatment.
- Photographs of both jaws clearly showing dentition before the treatment.
- Clinical photographs of the jaws in central occlusion from frontal and lateral views.
- Orthopantomogram (panoramic x-ray).
- Profile x-ray (cephalometric x-ray).
- Any other document we may need to assess the claim.

We will only cover the cost of standard metallic braces and/or standard removable appliances. However, we'll cover cosmetic appliances such as lingual braces and invisible aligners up to the cost of metallic braces, subject to the 'Orthodontic treatment' benefit limit.

Orthomolecular treatment refers to alternative treatment that aims to restore the individual biochemical balance through supplements. It uses natural substances such as vitamins, minerals, enzymes and hormones.

Out-patient dental treatment is a benefit that specifically covers out-patient dental treatment required as follow-up to an in-patient stay for accidental damage to natural teeth. Cover is provided when the out-patient dental treatment is required in the 90 days following discharge from the related in-patient treatment. Cover includes the costs to supply and fit dental implants.

Out-patient surgery is a surgical procedure performed in a surgery, hospital, day-care facility or out-patient department that does not require you to stay overnight out of medical necessity.

Out-patient treatment refers to treatment provided in the practice or surgery of a medical practitioner, therapist or specialist that does not require you to be admitted to hospital.

P

Palliative care refers to ongoing treatment that aims to alleviate the physical/psychological suffering associated with progressive, incurable illness and to maintain quality of life. It includes in-patient, day-care and out-patient treatment following the diagnosis of a terminal condition. We will pay for physical care, psychological care, hospital or hospice accommodation, nursing care and prescription drugs.

Partner refers to a person you have lived with in a conjugal relationship for a continuous period of 12 months.

Periodontics refers to dental treatment related to gum disease.

Policies with full medical underwriting are policies where we ask the insured persons to provide detailed information about their medical history when they apply for cover. We assess the medical history before confirming cover, to determine the type of insurance risk: based on the insurance risk, we might confirm cover with exclusion of certain benefits and/or premium loading. Cover for pre-existing conditions is

subject to the terms offered by our Underwriting Team, and governed by the benefits, terms and conditions of the policy.

Policies with moratorium are policies where we don't consider or assess the medical history of the insured persons when they apply for cover. The insured persons are covered for all eligible expenses included in their plan, subject to the terms and conditions of the policy – however, any claims related to pre-existing conditions are subject to moratorium (see definition).

Post-hospitalization treatment refers to out-patient treatment required in the 90 days following discharge from an in-patient or day-care treatment for the same acute medical condition. This benefit covers medical practitioners' fees, specialists' fees, out-patient surgery, prescribed drugs and dressings, MRI, PET and CT scans, X-rays, pathology and other diagnostic tests and procedures.

Post-hospitalization physiotherapy refers to physiotherapy treatment required in the 90 days following discharge from an in-patient or day-care treatment of less than 3 days in duration.

Post-natal care refers to the routine post-partum medical care received by the mother for up to six weeks after delivery.

Pre-existing conditions are medical conditions for which one or more symptoms presented at some point during your or your dependants' lifetime. This applies regardless of whether you or your dependants sought any medical advice or treatment. We would deem any such condition to be pre-existing if we could reasonably assume you or your dependants would have known about it.

The following terms about pre-existing conditions apply if your Insurance Certificate shows that your underwriting terms are Full Medical Underwriting or CPME/CTT previously FMU:

Your policy will cover pre-existing conditions unless we tell you otherwise in writing.

We will also treat as pre-existing any medical conditions that arise between the date you completed the application form and the later of the following:

- The date we issued your Insurance Certificate or
- The start date of your policy

Such pre-existing conditions will also be subject to full medical underwriting and if they are not disclosed, they will not be covered. Please refer to the "Notes" section of your Table of Benefits to confirm if pre-existing conditions are covered.

The following terms about pre-existing conditions apply if your Insurance Certificate shows that your underwriting terms are moratorium or CPME/CTT previously MORI:

Your claim will not be paid if it's relating to a pre-existing medical condition, should one or more of the following have applied within the 24-month period before your start date (or the date shown in your Insurance Certificate):

- It could be reasonably foreseen that the medical condition would occur after your start date.
- The condition clearly showed itself.
- You had signs or symptoms of the condition.
- You asked for advice about the condition.
- You received treatment for the condition, or
- To the best of your knowledge, you were aware you had the condition.

Once you've completed a continuous 24-month period after your date of joining we may cover your pre-existing medical condition provided you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

Pregnancy refers to the period of time when you are expecting a baby, from the date of the first diagnosis until delivery.

Pre-hospitalisation tests refers to out-patient pre-hospitalisation tests carried out in the 72 hours before in-patient or day-care treatment covered under your plan.

Pre-natal care includes common screening and follow-up tests required during pregnancy. For women aged 35 and over, this includes Triple/Bart's, Quadruple and Spina Bifida tests, amniocentesis and, if directly linked to an eligible amniocentesis, DNA-analysis.

Prescribed drugs and dressings refers to drugs when prescribed by a doctor to:

- Treat a confirmed diagnosis or medical condition
- Compensate a lack of vital bodily substances

Prescribed drugs must be clinically proven to be effective for the diagnosed condition. They must also be recognised by the pharmaceutical regulator in the country where you use the prescription. Even if you can legally buy a medication without a doctor's prescription in that country, you must get a prescription for these costs to be covered. You can claim for a supply of up to 3 months from the prescription date, subject to length of time remaining on the policy.

Prescribed glasses and contact lenses including eye examination refers to cover for a routine eye examination carried out by an optometrist or ophthalmologist (one

check-up per Insurance Year) and for lenses and glasses to correct vision.

Prescribed medical aids refers to any device which is prescribed and medically necessary to enable you to carry out everyday activities. Examples include:

- Biochemical aids such as insulin pumps, glucose meters and peritoneal dialysis machines.
- Motion aids such as crutches, wheelchairs, orthopaedic supports/braces, artificial limbs and prostheses.
- Hearing and speaking aids such as an electronic larynx.
- Medically graduated compression stockings.
- Long-term wound aids such as dressings and stoma supplies.

We do not cover costs for medical aids that form part of palliative care or long-term care.

Prescribed physiotherapy refers to treatment provided by a registered physiotherapist following referral by a doctor. Physiotherapy (either prescribed, or a combination of non-prescribed and prescribed treatment) is initially restricted to 12 sessions per condition, after which treatment must be reviewed by the doctor who referred you. If you need further sessions, you must send us a new progress report after every set of 12 sessions, indicating the medical necessity for more treatment. Physiotherapy does not include therapies such as Roling, massage, Pilates, Fango and Milta.

Preventative surgery refers to prophylactic mastectomy or prophylactic oophorectomy. We will pay for preventative surgery when you:

- Have a direct family history of a disease which is part of a hereditary cancer syndrome (for example, breast cancer or ovarian cancer) and
- Genetic testing has established the presence of a hereditary cancer syndrome.

Preventive treatment refers to treatment you receive without any clinical symptoms being present at the time of treatment (e.g. the removal of a pre-cancerous growth). This benefit is covered when the 'Preventive treatment' benefit is listed in your Table of Benefits.

Principal country of residence is the country where you and your dependants (if applicable) live for more than six months of the year.

Psychiatry and psychotherapy refers to the treatment of mental, behavioural and personality disorders, including autism spectrum and eating disorder. Treatment must be carried out by a psychiatrist, clinical psychologist or licensed psychotherapist. The condition must be clinically significant and the treatment medically necessary.

All day-care or in-patient admissions must include prescription medication related to the condition. Out-patient psychotherapy treatment (where covered) requires referral by a doctor and is limited for 10 sessions per condition initially. After every 10 sessions, a psychiatrist must review the treatment. If you need more sessions, you must send us a progress report that indicates the diagnosis and the medical necessity for further treatment.

Counselling is available through our Employee Assistance Programme (EAP) and refers to short-term, solution-focused interventions, and typically deals with current issues that are easily resolved on the conscious level. This is not meant for longer-term situations or the treatment of clinical disorders. EAP can help you and your immediate family deal with challenging situations that may arise in life, such as stress, anxiety, bereavement, workplace challenges, relationship issues, cross-cultural transition, coping with isolation and loneliness. For more information see the 'Employee Assistance Programme (EAP)' section of this guide.

R

Reasonable and customary refers to treatment costs that are usual within the country of treatment. We will only reimburse the cost of medical providers where their charges are reasonable and customary and in accordance with standard and generally accepted medical procedures.

Reconstructive surgery refers to treatment costs to restore natural function or appearance after a disfiguring accident or surgery for cancer. Cover is available where the treatment for the accident or initial surgery was also covered by this policy.

Rehabilitation is treatment that combines therapies such as physical, occupational and speech therapy. It aims to restore original form or function after an acute illness, injury or surgery. Treatment must take place in a licensed rehabilitation facility and start within 14 days of discharge from acute medical and/or surgical treatment. Cover is only provided under this benefit if you've received in-patient treatment for three or more consecutive days/nights for the same medical condition.

Related medical conditions refers to any injury, illness or disease that, based on medical advice or general advice, we determine is the result of any one or more other medical conditions.

Repatriation of mortal remains is the transportation of the insured deceased remains from the principal country of residence to the country of burial. We cover costs such as: embalming, a container legally appropriate for transportation, shipping and the necessary government authorisations. Cremation costs will only be covered if the cremation is required for legal purposes. We do not cover costs incurred by anyone accompanying the remains unless this is listed as a specific benefit in your Table of Benefits.

Routine maternity refers to medically necessary costs incurred during pregnancy and childbirth. This includes hospital charges, specialist fees, the mother's pre-natal and post-natal care, midwife fees (during labour only) and newborn care (see the definition of 'Newborn care' for what we cover under this benefit and for in-patient treatment limits that apply to adopted and fostered children, all babies born by surrogacy and multiple birth babies born as a result of medically assisted reproduction). Please note that 3D and 4D ultrasound scans are covered up to the cost of a 2D scan only

We do not cover costs of complications of pregnancy and childbirth under the 'Routine maternity' benefit. Caesarean sections that are not medically necessary are covered up to the cost of a routine delivery in the same hospital, subject to any benefit limits. Medically-necessary caesarean sections are paid for under the 'Complications of childbirth' benefit.

S

Sleep apnoea is a sleep disorder characterised by pauses in breathing or periods of shallow breathing during sleep. If this benefit is indicated in your Table of Benefits, we will provide cover for the medical necessary treatment and diagnostic procedures related to a confirmed or suspected sleep apnoea diagnosis. The costs which are covered under this benefit include professional fees, a medical necessary sleep study, other necessary diagnostic tests, medical aids and drugs, up to the limits indicated on your Table of Benefits. Please note that proof of medical necessity is required.

Specialist is a licensed doctor possessing the additional qualifications and expertise necessary to practise as a recognised specialist in diagnostic techniques, treatment and prevention in a particular field of medicine.

Specialist fees refers to non-surgical treatment performed or administered by a licensed doctor. This benefit does not include cover for psychiatrist, psychologist fees or any treatment that is already covered by another benefit under your Table of Benefits. We don't cover specialist treatment that is excluded under your policy.

Speech therapy refers to treatment carried out by a qualified speech therapist to treat diagnosed physical impairments. This includes conditions such as nasal obstruction, neurogenic impairment (e.g. lingual paresis, brain injury) or articulation disorders involving the oral structure (e.g. cleft palate).

Start date is the date when you first enrolled, or re-enrolled if there is a break in your cover.

Surgical appliances and materials are those required for surgeries. They include artificial body parts or devices such as joint replacement materials, bone screws and plates, valve replacement appliances, endovascular stents, implantable defibrillators and pacemakers.

T

Therapist refers to a chiropractor, osteopath, podiatrist, Traditional Chinese Medicine practitioner, homeopath, acupuncturist, ayurvedic practitioner, physiotherapist, speech therapist, occupational therapist or oculomotor therapist, who is qualified and licensed under the laws of the country in which treatment takes place.

Travel costs of insured family members in the event of an evacuation/repatriation refers to the reasonable transportation costs of all insured family members of the evacuated or repatriated person, including minors who might otherwise be left unattended. If all family members can't travel in the same vehicle with the evacuated/repatriated person, we will pay for their round-trip transport at economy rates.

The "Travel costs of insured family members in the event of a repatriation" benefit is covered if you have a repatriation plan. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses.

Travel costs of insured family members in the event of the repatriation of mortal remains refers to reasonable transportation costs of any insured family members who had been living abroad with the insured person who died, to travel to the country of burial of the deceased. Reasonable transportation costs are considered to be round trip transport costs at economy rates. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses.

Travel costs of insured members to be with a family member who is at peril of death or who has died refers to the reasonable transportation costs of insured family members to be with a first-degree relative who is at peril of death or who has died (up to the amount specified in your Table of Benefits). In the case of a deceased relative, travel must commence within 6 weeks of their date of death. Reasonable transportation costs are considered to be round trip transport costs at economy rates. A first-degree relative is a spouse or partner, parent, brother, sister or child, including adopted children, fostered children or step-children. When claiming, please include copies of the travel tickets and the death certificate or a doctor's certificate supporting the reason for travel. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses.

Treatment refers to a medical procedure needed to cure or relieve illness or injury.

Treatment of autism spectrum disorder refers to a range of therapies to improve the skills of an insured person with autism. This includes specialist medical treatment and accredited behavioural programmes. Treatment is covered as part of the 'Psychiatry and psychotherapy' benefit of your Out-patient Plan, if you have one. Check your Table of Benefit for any limits that may apply. We don't cover admissions, stays or day care treatment at specialised educational facilities.

Treatment of eating disorders refers to a combination of psychotherapies, including cognitive behavioural therapy, medical monitoring, prescribed medication and nutritional counselling to treat anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder.

All day-care or in-patient admissions must include prescription medication related to the condition.

Out-patient therapy (where covered) requires referral by a doctor and is limited for 10 sessions per condition initially. After every 10 sessions, a psychiatrist must review the treatment. If you need more sessions, you must send us a progress report that indicates the diagnosis and the medical necessity for further treatment.

V

Vaccinations refer to:

- All basic immunisations and booster injections that are required by law in the country in which they are administered.
- Vaccination against Covid-19*, where this is not offered for free or only partially sponsored by the government in your country of residence.
- Medically necessary travel vaccinations.
- Malaria prevention tablets.

We cover the cost of consultation for administering the vaccine and the cost of the drug.

*We cover any Covid-19 vaccine when:

- The vaccine has completed the necessary clinical development process, including all pre-licensure vaccine clinical trials (phase I, II and III) which demonstrate its efficacy and safety.
- The vaccine has completed the multi-step approval process for the relevant regulating authority and is approved for use in the jurisdiction where you require it.
- The vaccine is not offered for free or only partially sponsored by the government of the country in which you reside.

We cover the reasonable and customary cost of the Covid-19 vaccine, including the administration of the injection, in line with local public health policies related to the allocation of vaccines. We do not pay towards the travel cost if you decide to travel to a different country from where you normally reside in order to get the vaccination. Please note that cover is not intended to give you priority access to vaccines.

Video consultation services provide direct access to a doctor via a telecommunication platform. This benefit covers the costs of video consultations, as indicated in your Table of Benefits and offers medical advice, diagnosis and issuance of a prescription, if needed, for non-urgent medical care. Access to teleconsultation services and prescriptions will depend on your geographical location and local country regulations. You can make an appointment to speak to a medical practitioner in English, subject to availability. Some third party providers may offer additional core languages. Cost of medicines are not included, but delivery of medicine or referrals may or may not be included under this benefit, even when prescribed or recommended during the video consultation.

W

Waiting period is a period of time that begins on your policy start date (or effective date if you are a dependant), during which you are not entitled to cover for particular benefits. Your Table of Benefits shows which benefits are subject to waiting periods. Waiting periods do not apply to you if you have a non-underwritten policy.

We/Our/Us is PT Asuransi Central Asia.

Y

You/Your refers to the person working for the company and any dependants named on the Insurance Certificate.

Exclusions

Although we cover most medically necessary treatment, we do not cover the following expenses unless indicated otherwise in the Table of Benefits or in any written policy endorsement.

ACQUISITION OF AN ORGAN

Expenses for the acquisition of an organ such as, but not limited to donor search, typing, harvesting, transport and administration costs.

CHEMICAL CONTAMINATION AND RADIOACTIVITY

Treatment for any medical conditions arising directly or indirectly from chemical contamination, radioactivity or any nuclear material, including the combustion of nuclear fuel.

COMPLEMENTARY TREATMENT

Complementary treatment, with the exception of those treatments shown in the Table of Benefits.

COMPLICATIONS CAUSED BY CONDITIONS NOT COVERED UNDER YOUR PLAN

Expenses incurred because of complications directly caused by an illness, injury or treatment for which cover is excluded or limited under your plan.

CONSULTATIONS PERFORMED BY YOU OR A FAMILY MEMBER

Consultations performed and any drugs or treatments prescribed by you, your spouse, parents or children.

COSMETIC TREATMENT

Any cosmetic or aesthetic treatment to enhance your appearance, even when medically prescribed. This includes treatment carried out by a plastic surgeon, whether or not for medical/psychological purposes. The following exceptions apply:

- Reconstructive surgery necessary to restore function or appearance after a disfiguring accident or as a result of surgery for cancer, if the accident or initial surgery was also covered by this policy.
- Gender reassignment surgery, if you meet the criteria for gender dysphoria services.

DENTAL VENEERS

Dental veneers and related procedures.

DEVELOPMENTAL DELAY

Delay in cognitive or physical development, unless a child has not achieved the developmental milestones expected for a child of that age. We do not cover conditions in which a child is slightly or temporarily lagging in development. The developmental delay must have been quantitatively measured by qualified medical professionals and documented as a delay in development of at least 12 months.

DRUG ADDICTION OR ALCOHOLISM

Care and/or treatment of drug addiction or alcoholism (including detoxification programmes and treatments to stop smoking), death associated with drug addiction or alcoholism, or the treatment of any condition that in our reasonable opinion is related to, or a direct consequence of, alcoholism or addiction (e.g. organ failure or dementia).

EXPERIMENTAL OR UNPROVEN TREATMENT OR DRUG THERAPY

Any form of treatment or drug therapy which in our reasonable opinion is experimental or unproven, based on generally accepted medical practice.

FAILURE TO SEEK OR FOLLOW MEDICAL ADVICE

Treatment required as a result of failure to seek or follow medical advice.

FAMILY THERAPY AND COUNSELLING

Costs in respect of a family therapist or counsellor for out-patient psychotherapy treatment.

FEEES FOR THE COMPLETION OF A CLAIM FORM

Doctor's fees for the completion of a Claim Form or other administration charges.

GENETIC TESTING

Genetic testing, except:

- a) Where specific genetic tests are included within your plan.
- b) Where DNA tests are directly linked to an eligible amniocentesis i.e. in the case of women aged 35 or over.
- c) Where testing for genetic receptor of tumours is covered.

HOME VISITS

Home visits, unless they are necessary after the sudden onset of an acute illness that leaves you incapable of visiting your doctor or therapist.

INFERTILITY TREATMENT

Infertility treatment including medically assisted reproduction or treatment for any medical problems arising from it, unless you have a specific benefit for infertility treatment or have the required out-patient benefits that cover non-invasive investigations into the cause of infertility (such as 'Medical practitioner' fees, 'Specialist fees' and 'Diagnostic' tests).

INJURIES CAUSED BY PROFESSIONAL SPORTS

Treatment or diagnostic procedures for injuries arising from taking part in professional sports.

INTENTIONALLY CAUSED DISEASES OR SELF-INFLICTED INJURIES

Care and/or treatment of intentionally caused diseases or self-inflicted injuries, including a suicide attempt.

LOSS OF HAIR AND HAIR REPLACEMENT

Investigations into and treatment for loss of hair, including hair replacement unless the loss of hair is due to cancer treatment.

MEDICAL ERROR

Treatment required as a result of medical error.

MORTAL REMAINS

The purchase of a burial plot, or funeral costs, including, but not limited to, flowers and the funeral director's fees.

OBESITY TREATMENT

Investigations into and treatment for obesity, including bariatric surgery, diet pills or supplements, health club memberships, diet programs or residential eating disorder programs.

ORTHOMOLECULAR TREATMENT

Please refer to the definition of "Orthomolecular treatment".

PARTICIPATION IN WAR OR CRIMINAL ACTS

Death from or treatment for any illnesses, diseases or injuries resulting from active participation in the following, whether war has been declared or not:

- War
- Riots
- Civil disturbances
- Terrorism
- Criminal acts
- Illegal acts
- Acts against any foreign hostility

PRE- AND POST-NATAL

Pre- and post-natal classes.

PRE-EXISTING CONDITIONS (APPLICABLE TO POLICIES WITH FULL MEDICAL UNDERWRITING OR CPME/CTT PREVIOUSLY FMU)

Pre-existing conditions (including pre-existing chronic conditions) when:

- Indicated on a Special Conditions Form that we issue before your policy starts
- Conditions were not disclosed on the application form
- Conditions arise between completing the application form and the later of the following:
 - The date we issue your Insurance Certificate or
 - The start date of your policy

Such conditions will also be subject to medical underwriting and if not disclosed, will not be covered.

PRE-EXISTING CONDITIONS (APPLICABLE TO POLICIES WITH MORATORIUM OR CPME/CTT PREVIOUSLY MORI)

Pre-existing medical conditions when one or more of the following have applied within the 24-month period before your date of joining (or the date shown in your Insurance Certificate):

- It could be reasonably foreseen that the medical condition would occur after your start date.
- The condition clearly showed itself.
- You had signs or symptoms of the condition.
- You asked for advice about the condition.

- You received treatment for the condition.
- To the best of your knowledge, you were aware you had the condition.

Once you've completed a continuous 24-month period after your date of joining your pre-existing medical condition may be covered provided you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

PRODUCTS PURCHASED WITHOUT A PRESCRIPTION

Products that are purchased without a doctor's prescription.

SEX CHANGE

Sex change related operations and related treatments such as:

- Blepharoplasty
- Cheek/malar implants
- Chin/nose implants
- Collagen injections
- Face/forehead lift
- Facial bone reduction (osteoplasty)
- Hair removal/hair transplantation
- Jaw reduction
- Laryngoplasty
- Rhinoplasty
- Skin resurfacing (e.g., dermabrasion, chemical peels)
- Thyroid reduction chondroplasty
- Neck tightening
- Lip enhancement
- Botox and filler injections

SLEEP DISORDERS

Treatment of sleep disorders, including insomnia, obstructive sleep apnoea, narcolepsy, snoring and bruxism.

SPEECH THERAPY

Speech therapy related to developmental delay, dyslexia, dyspraxia or expressive language disorder.

STAYS IN A CURE CENTRE

Stays in a cure centre, bath centre, spa, health resort and recovery centre, even if the stay is medically prescribed.

STERILISATION, SEXUAL DYSFUNCTION AND CONTRACEPTION

Investigations into, treatment of and complications arising from:

- Sterilisation.
- Sexual dysfunction (unless as a result of a total prostatectomy following cancer surgery).
- Contraception (including the insertion and removal of contraceptive devices and all other contraceptives, even if prescribed for medical reasons) unless prescribed for medical reasons that are unrelated to birth control.

SUBSTANCES, PERSONAL PRODUCTS AND DIETARY SUPPLEMENTS

Substances, personal products and dietary supplements including vitamins and minerals (except during pregnancy or to treat diagnosed vitamin deficiency syndromes), mouthwash, toothpaste, antiseptic lozenges and sprays, shampoo, sunscreen, cosmetic products, sanitiser, gloves, masks, visors, thermometers, children's food, baby supplies and infant formula given orally. These products are excluded even if they are medically recommended, prescribed or acknowledged as having therapeutic effects. Costs incurred as a result of nutritional or dietary consultations are also not covered, unless a specific benefit shows in your Table of Benefits.

SURROGACY

Treatment directly related to surrogacy whether you are acting as a surrogate, or are the intended parent.

TERMINATION OF PREGNANCY

Termination of pregnancy, except where the life of the pregnant woman is in danger.

TRAVEL COSTS

Travel costs to and from medical facilities (including parking costs) for treatment, except when covered under 'Local ambulance', 'Medical evacuation' and 'Medical repatriation' benefits.

TREATMENT IN THE USA IN THE FOLLOWING CASES

Treatment in the USA if we believe that cover was taken out with the purpose of travelling to the USA to get treatment for a condition or symptoms you were aware of:

- before being insured with us
- before having the USA in your region of cover

If we paid any claims in these circumstances, we reserve the right to seek reimbursement from you.

TREATMENT OUTSIDE THE GEOGRAPHICAL AREA OF COVER

Treatment outside the geographical area of cover unless for emergencies or authorised by us.

TRIPLE/BART'S, QUADRUPLE OR SPINA BIFIDA TESTS

Triple/Bart's, Quadruple or Spina Bifida tests, except for women aged 35 or over.

VESSEL AT SEA

Medical evacuation/repatriation from a vessel at sea to a medical facility on land.

BENEFITS THAT ARE NOT IN YOUR TABLE OF BENEFITS

The following benefits or any adverse consequences or complications relating to them, unless otherwise indicated in your Table of Benefits:

- Complications of pregnancy and childbirth.
- Congenital conditions.
- Dental treatment, dental surgery, periodontics, orthodontics, dental implants and dental prostheses. The only exception is oral and maxillofacial surgical procedures, which are covered within the overall limit of your Core Plan.
- Dietician fees.
- Elective circumcision for newborn males.
- Emergency dental treatment.
- Expenses for one person accompanying an evacuated/repatriated person.
- Health and wellbeing checks including screening for the early detection of illness or disease.
- HIV/AIDs treatment.
- Homeopathy, Chinese herbal medicine, Tui na massage, cupping, bone setting, acupuncture and ayurvedic treatment.
- Hormone replacement therapy.

- Infertility treatment.
- In-patient psychiatry and psychotherapy treatment.
- Laser eye treatment.
- Medical evacuation in the event of non-emergency treatment.
- Medical repatriation.
- Out-patient psychiatry and psychotherapy treatment.
- Out-patient treatment.
- Palliative care.
- Prescribed glasses and contact lenses including eye examination.
- Prescribed medical aids.
- Preventative surgery treatment.
- Repatriation of mortal remains or burial expenses.
- Routine maternity.
- Travel costs of insured family members in the event of an evacuation/repatriation.
- Travel costs of insured family members in the event of the repatriation of mortal remains.
- Travel costs of insured members to be with a family member who is at peril of death or who has died.

ACCIDENTAL DEATH BENEFIT

Accidental death benefit, if the death of an insured person has been caused directly or indirectly by:

- Active participation in war, riots, civil disturbances, terrorism, criminal acts, illegal acts or acts against any foreign hostility, whether war has been declared or not.
- Intentionally caused diseases or self-inflicted injuries, including suicide, within one year of the enrolment date of the policy.
- Active participation in underground or underwater activity such as underground mining or deep-sea diving.
- Above-water activity (such as on oil platforms or oil rigs) and aerial activity, unless specifically covered under the Company Agreement.
- Chemical or biological contamination, radioactivity or any nuclear material contamination, including the combustion of nuclear fuel.
- Passive war risk:
 - Being in a country where the British government has recommended that their citizens leave (this condition will apply regardless of the insured person's nationality) and has advised against "all travel" to that location or
 - Travelling to or staying, for more than 28 days per stay, in a country or an area where the British government advises "against all but essential travel".

The passive war risk exclusion applies regardless of whether the claim arises directly or indirectly as a consequence of war, riots, civil disturbances, terrorism, criminal acts, illegal acts or acts against any foreign hostility, whether war has been declared or not.

- Being under the influence of drugs or alcohol.
- Death that takes place more than 365 days after the occurrence of the accident.
- Deliberate exposure to danger, except in an attempt to save human life.
- Intentional inhalation of gas or intentional ingestion of poisons or legally prohibited drugs.
- Flying in an aircraft, including helicopters, unless the insured person is a passenger and the pilot is legally licensed, or is a military pilot and has filed a scheduled flight plan when required by local regulations.
- Active participation in extreme or professional sports including, but not limited to:
 - Mountain sports such as abseiling, mountaineering and racing of any kind (except for racing on foot).
 - Snow sports such as bobsleigh, luge, mountaineering, skeleton, skiing off-piste and snowboarding off-piste.
 - Equestrian sports such as hunting on horseback, horse jumping, polo, steeple chasing or horse-racing of any kind.
 - Water sports such as potholing (solo caving) or cave diving, scuba diving to a depth of more than 10 metres, high diving, white water rafting and canyoning.
 - Car and motorcycle sports such as motorcycle riding and quad biking.
 - Combative sports.
 - Air sports such as flying with a microlight, ballooning, hang gliding, paragliding, parascending and parachute jumping.
 - Various other sports such as bungee jumping.

Talk to us, we love to help!

If you have any queries, please do not hesitate to contact us:

24/7 Helpline for general enquiries and emergency assistance

 +60 3 92127820

Toll free numbers: www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html

Calls to our Helpline will be recorded and may be monitored for training, quality and regulatory purposes. Please note that only the policyholder (or an appointed representative) or the Group Scheme Manager can make changes to the policy. Security questions will be asked of all callers to verify identity.

 Email: asia.helpline@allianz.com

 Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

 <https://www.allianzcare.com/summit/Indonesia>